Hazard i inne uzależnienia behawioralne

Doniesienia z badań

pod redakcją
Iwony Niewiadomskiej

Hazard i inne uzależnienia behawioralne:

doniesienia z badań

Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej „Res Humanae”

Warszawa 2015

Hazard i inne uzależnienia behawioralne: doniesienia z badań

pod redakcją Iwony Niewiadomskiej

Recenzenci:

dr hab. Grażyna Kwiatkowska

dr hab. Beata Maria Nowak

Koordynator:

Mateusz Liwski

Redakcja językowa i korekta:

Katarzyna Gajewska

Wydanie I. Warszawa, 2015.

ISBN: 978-83-907240-0-3

Egzemplarz bezpłatny.

Wydanie współfinansowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, będących w dyspozycji Ministra Zdrowia.

Wydawca:

Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej „Res Humanae"

ul. Piękna 64A

00-672 Warszawa

www.reshumanae.org.pl

Skład i druk:

Agencja „Karo"

Spis treści

Spis treści

Przedmowa

Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych (FRPH) utworzony został na mocy art. 88 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych jako fundusz celowy, jednak z przyczyn formalno-prawnych uruchomienie działań dofinansowywanych ze środków Funduszu było możliwe dopiero w połowie lipca 2011 roku, kiedy to na wniosek Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, Minister Zdrowia upoważnił dyrektora Biura do zarządzania Funduszem w jego imieniu.

Przychody FRPH pochodzą za środków publicznych i stanowią 3% dopłat od gier objętych monopolem Państwa i wydatkowane być mogą wyłącznie na realizację programów wskazanych w art. 88 ust. 4 Ustawy z dnia 19 listopada 2009 roku o grach hazardowych, do których należy:

- prowadzenie działalności informacyjno-edukacyjnej i opracowywanie specjalistycznych ekspertyz, raportów, sprawozdań dotyczących problematyki uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych;
- opracowywanie i wdrażanie nowych metod profilaktyki i rozwiązywania problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych;
- udzielanie finansowej pomocy instytucjom i stowarzyszeniom realizującym zadania związane z rozwiązywaniem problemów wynikających z uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w tym sporządzanie oceny rozpowszechnienia i zagrożenia patologicznym hazardem;
- prowadzenie działań ukierunkowanych na podnoszenie jakości programów profilaktycznych i terapeutycznych, a także zwiększanie kompetencji zawodowych osób zajmujących się leczeniem w celu zwiększenia skuteczności oraz dostępności leczenia uzależnień od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla osób uzależnionych i ich bliskich.

Zlecanie zadań ze środków Funduszu odbywa się zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2010 roku w sprawie szczegółowych warunków uzyskiwania dofinansowania realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, trybu składania

wniosków oraz przekazywania środków z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych (Dz.U. z 2011 r. Nr 6, poz. 27 z późn. zm.).

Działając zgodnie z zapisami ww. rozporządzenia, do chwili obecnej przeprowadzono 13 postępowań konkursowych, w wyniku których przyjęto łącznie do realizacji ponad 583 projekty.

Dotychczasowa działalność Funduszu umożliwiła w pierwszej fazie zainicjowanie badań nad zjawiskiem uzależnień behawioralnych w Polsce i stworzenie odpowiedniej bazy oraz zaplecza w celu lepszego rozpoznania obszaru zjawiska uzależnień behawioralnych.

W ramach pierwszego przeprowadzonego naboru wniosków do realizacji przyjęto dwa projekty, których celem było oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu oraz innych uzależnień behawioralnych (uzależnienia od Internetu, zakupów i pracy), a także identyfikacja zasobów instytucjonalnych i kadrowych w obszarze profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych, w tym hazardu. Realizacja tych badań była niezmiernie istotna dla umożliwienia podjęcia właściwych działań, w szczególności w zakresie uzyskania informacji dotyczących rozmiarów i charakterystyki problematyki uzależnień w naszym kraju.

Innym kluczowym obszarem z punktu widzenia zapoczątkowania funkcjonowania Funduszu było zdiagnozowanie zasobów instytucjonalnych i kadrowych w obszarze profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych, którymi dysponujemy w Polsce, a także oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu oraz innych uzależnień behawioralnych (uzależnienia od Internetu, zakupów i pracy). Umożliwiły to pierwsze zrealizowane ze środków Funduszu projekty badawcze. Dzięki badaniu przeprowadzonemu przez CBOS w latach 2011-2012 potwierdzona została – w większości intuicyjna – dotychczasowa wiedza na temat liczby osób uzależnionych i zagrożonych uzależnieniem behawioralnym w Polsce. Badania potwierdziły, że w odniesieniu do hazardu liczby te wynoszą odpowiednio 50 tys. i 200 tys. osób, do Internetu – 100 tys. i 750 tys. osób, natomiast w odniesieniu do zakupów symptomy uzależnienia wykazuje ok. 1 mln osób, natomiast problem z uzależnieniem od pracy ma 10% Polaków. Wyniki badań wskazały również, że jednym z ważniejszych czynników chroniących przed popadaniem w uzależnienie jest zapewnienie informacji o zagrożeniach, wdrożenie programów edukacyjnych oraz zapewnienie dostępu do pomocy osobom z problemem. Podejmowane przez Fundusz inicjatywy w pełni wpisują się w powyższe wytyczne.

Dzięki dofinansowaniu ze środków Funduszu znaczna liczba placówek pomocowych rozszerzyła swoją ofertę o oddziaływania skierowane do osób z problemem uzależnień behawioralnych. Blisko połowa ze zrealizowanych projektów (ok. 280) dotyczy działań mających na celu rozwiązywanie problemów wynikających z uzależnienia od hazardu lub innych uzależnień behawioralnych. W celu zapewnienia fachowej i rzetelnej pomocy osobom uzależnionym i ich bliskim dofinansowywane są projekty mające na celu zwiększenie kompetencji i kwalifikacji kadry placówek pomocowych, a także podnoszenie jakości programów profilaktycznych i terapeutycznych. Jak pokazuje analiza składanych sprawozdań w roku 2014 projektami, realizowanymi w ramach Programu V Ministra Zdrowia, objęto ponad 9500 osób, w tym ok. 1500 osób poniżej 18. roku życia. Odbiorcami projektów były osoby z problemem hazardu, innych uzależnień behawioralnych oraz członkowie rodzin i bliscy. W stosunku do roku 2013 nastąpił nieznaczny wzrost liczby osób zgłaszających się do placówek w związku z innymi uzależnieniami behawioralnymi, wśród których najczęściej wymieniane problemy dotyczyły nadużywania Internetu i komputera oraz zakupoholizm. Coraz częściej w programach opieką obejmowane są również osoby, których dotyczą zaburzenia odżywiania. Wzrost zgłaszalności tego typu zaburzeń wydaje się być dostatecznym uzasadnieniem do rozwijania programów badawczych w kierunku problematyki odżywiania, która to z punktu widzenia zdrowia publicznego staje się wyzwaniem nie tylko w naszej perspektywie krajowej ale jest coraz powszechniej akcentowana w kontekstach europejskich i globalnych.

Ważnym obszarem są działania informacyjno-edukacyjne mające na celu przede wszystkim upowszechnienie wiedzy na temat zagrożeń związanych z problemowym i patologicznym hazardem oraz innymi uzależnieniami behawioralnymi. Wśród realizowanych działań należy przede wszystkim wymienić uruchomienie telefonu zaufania pod numerem 801 889 880 świadczącego pomoc w zakresie uzależnień behawioralnych oraz uruchomienie portalu internetowego pod adresem www.uzaleznieniabehawioralne.pl, który poświęcony jest zagadnieniom związanym z różnymi rodzajami uzależnień behawioralnych. Oprócz bazy placówek pomocowych, ciekawych artykułów, materiałów dla rodziców i specjalistów, w ramach portalu funkcjonuje poradnia online, gdzie można uzyskać poradę terapeuty, psychologa bądź prawnika. W ramach powyższego programu wydano również szereg materiałów informacyjno-edukacyjnych związanych z tematyką uzależnień behawioralnych, m.in. serię artykułów dostarczających wiedzy w zakresie problematyki uzależnień behawioralnych publikowanych na łamach „Świata Problemów" i „Remedium".

Przeprowadzono także regionalne konferencje na temat zagrożeń związanych z hazardem i innymi uzależnieniami behawioralnymi mające na celu uwrażliwienie osób odpowiedzialnych za politykę społeczną na poziomie województw lub dużych miast na zagrożenia związane z hazardem i innymi uzależnieniami behawioralnymi. Dużym przedsięwzięciem o charakterze informacyjno-edukacyjnym było przeprowadzenie dwóch kampanii społecznych. Pierwsza ogólnopolska kampania na rzecz zapobiegania problemowemu graniu w gry hazardowe wśród młodzieży w latach 2012-2013 prowadzona była pod hasłem „Hazard. Nie igraj!", głównie za pośrednictwem Internetu ze względu na młodzieżową grupę docelową. Druga kampania realizowana w latach 2014-2015 prowadzona była pod hasłem „Wyloguj się do Życia" i dotyczyła nadużywania komputera i Internetu wśród dzieci i młodzieży.

W ramach 56 programów z zakresu profilaktyki uzależnienia od hazardu lub innych uzależnień behawioralnych prowadzono oddziaływania adresowane do szerokiej grupy odbiorców w tym dzieci i młodzieży, rodziców, pedagogów, a także w ramach zleconych projektów w miejscach pracy grup szczególnie narażonych na uzależnienia behawioralne. Działania profilaktyczno-edukacyjne dla dzieci i młodzieży w szczególności dotyczyły zagrożeń związanych z nadużywaniem komputera i Internetu, co dodatkowo pełniło funkcję wspierającą prowadzoną kampanię.

Ze środków FRPH udzielono również dofinansowania publikacji dotyczących problematyki uzależnień behawioralnych, adresowanych do terapeutów uzależnień i realizatorów programów profilaktycznych (wydawana publikacja przez Fundację Res Humanae jest jedną z nich). W chwili obecnej wydane pozycje obejmują m.in. zastosowania Dialogu Motywującego w pracy z osobami uzależnionymi behawioralnie, uzależnień behawioralnych i zachowań ryzykownych podejmowanych przez młodzież czy też ogólnego podejścia do terapii i profilaktyki uzależnień behawioralnych. W przyszłym roku planowane jest wydanie kolejnych pozycji.

Zaistnienie FRPH w Polsce pozwoliło w znacznym stopniu rozwinąć naszą wiedzę teoretyczną i praktyczną w odniesieniu do szeroko rozumianego problemu uzależnień. Badania i analizy potwierdziły m. in. poważne związki łączące tzw. uzależnienia chemiczne (alkohol, leki, narkotyki) z niechemicznymi (behawioralnymi). Pozwala to na świadome kształtowanie programów monitorujących i badawczych, a w ślad za nimi również

programów profilaktycznych, leczniczych i pomocowych, w celu ujęcia całości zjawiska uzależnień. W konsekwencji takich działań możliwe jest zbudowanie spójnego, zapewniającego ciągłość opieki i opartego na dowodach systemu reakcji na dynamicznie zmieniający się, coraz lepiej rozumiany i „zaopiekowany", także społecznie wrażliwy problem uzależnień behawioralnych w naszym kraju.

Realizowane działania w ramach wszystkich Programów Ministra Zdrowia obejmują swoim zakresem pełne spektrum aktywności mających na celu zapobieganie zjawisku, jak również zmierzających do poprawy funkcjonowania osób z problemem uzależnień od czynności oraz ich bliskich i rodzin. Po 4 latach funkcjonowania Funduszu Hazardowego można stwierdzić, że zakres zadań, które zostały zrealizowane ze środków Funduszu, jest naprawdę imponujący i, chociaż trudno jest określić hierarchię ważności zrealizowanych projektów, niewątpliwie każdy z nich miał swój wkład w budowanie struktur pomocowych dla osób uzależnionych i ich bliskich.

Piotr Jabłoński
Dyrektor
Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii

Wstęp

Publikacja pt. „Hazard i inne uzależnia behawioralne: doniesienia z badań" stanowi odpowiedź na trzy ważne zjawiska społeczne. Pierwsze z nich polega na tym, że społeczeństwo polskie coraz częściej jest narażone na ryzyko występowania uzależnień behawioralnych. Drugie zjawisko jest związane ze zmianami w konceptualizacji hazardu i innych uzależnień behawioralnych, co już znalazło odzwierciedlenie w *Podręczniku Diagnostycznym i Statystycznym Zaburzeń Psychicznych* z 2013 roku (DSM-V), opracowanym przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. Zjawisko trzecie odnosi się do sposobu odpowiedzi polskiej polityki w obszarze ochrony zdrowia publicznego na współczesne zagrożenia cywilizacyjne oraz na nowoczesne podejście do zjawiska uzależnień, które swoim zakresem zaczęło obejmować również uzależnienia behawioralne. Mechanizm ten polega na tym, że Minister Zdrowia uruchomił Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych. A jednym z ważnych zadań Funduszu jest wspieranie badań naukowych, służących pogłębieniu wiedzy w zakresie uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego i patologicznego.

Należy podkreślić, że zdecydowana większość artykułów zawartych w niniejszym opracowaniu stanowi podsumowanie badań, które były finansowane przez Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych. Dlatego zawarte w monografii artykuły mają na celu zwiększenie interdyscyplinarnej wiedzy – m.in. medycznej, farmakologicznej, psychologicznej, socjologicznej, pedagogicznej, ekonomicznej – na temat nowego zjawiska, jakim są uzależnienia czynnościowe.

Konsekwencją interdyscyplinarności zaprezentowanych wyników badań jest ich zróżnicowana metodologia – np. w postaci badań ilościowych na reprezentatywnej próbie Polaków, analiz jakościowych polegających na wywiadach indywidualnych i/lub grupowych, czy też w postaci prowadzenia eksperymentu. W tym miejscu należy jednak zwrócić uwagę, że dla jasności przekazywanych treści, każdy artykuł zamieszczony w monografii składa się teoretycznego wprowadzenia, opisu metodologii prowadzonych badań, prezentacji wyników, wniosków wynikających z przeprowadzonych analiz, sugestii dotyczących możliwości wykorzystania uzyskanych rezultatów oraz z bibliografii, dzięki której można jeszcze bardziej pogłębić wiedzę w zakresie opisywanego zagadnienia.

Opracowanie poświęcone przeglądowi doświadczeń badawczych w obszarze uzależnień behawioralnych składa się z dwóch części. W pierwszej z nich zaprezentowano analizy poświęcone sposobom adaptacji lub też konstruowania metod służących do pomiaru wybranych aspektów uzależnień behawioralnych. Natomiast druga część monografii zawiera teksty opisujące badania wybranych aspektów uzależnień czynnościowych.

Pierwszą część książki tworzy zbiór sześciu artykułów, które zostaną pokrótce scharakteryzowane. Jolanta Jarczyńska opracowała tekst mający na celu opisanie badań adaptacyjnych i walidacyjnych testu przesiewowego *The South Oaks Gambling Screen Revised Adolescent* SOGS-RA K. Wintersa, R. Stinchfielda i J. Fulkersona, który służy do oceny poziomu zagrożenia hazardem problemowym u młodzieży szkolnej. Badania służące adaptacji i walidacji narzędzia (ocenie rzetelności, trafności kryterialnej, trafności teoretycznej) przeprowadzono na grupie 2 617 osób, stanowiących reprezentatywną próbę młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych miasta Bydgoszczy i powiatu bydgoskiego. Przeprowadzenie adaptacji do polskich warunków dla testu przesiewowego SOGS-RA wynika z faktu, że jest on często wykorzystywanym narzędziem do identyfikacji hazardu problemowego w populacji adolescentów – m.in. ze względu na jego wysoką trafność i rzetelność. W wyniku przeprowadzonych analiz uzyskano z jednej strony informacje na temat wskaźników psychometrycznych dla polskiej adaptacji Skali SOGS-RA, natomiast z drugiej – wiedzę dotyczącą nasilenia aktywności hazardowych w populacji badanej młodzieży, z uwzględnieniem takich kryteriów, jak: płeć, typ szkoły, rodzaj preferowanych gier, występowanie rodzinnych czynników ryzyka.

Artykuł napisany przez Jacka Bucznego i Ewę Międzobrodzką zawiera informacje na temat badań mających na celu adaptację i walidację Kwestionariusza *Gambling Craving Scale* GACS M. Younga i M. Wohla – narzędzia wykorzystywanego za granicami Polski do pomiaru uzależnienia od hazardu. W polskich badaniach adaptacyjnych wzięło udział pięciu sędziów kompetentnych, 80 hazardzistów (próba graczy) i 557 osób, które nie uprawiają hazardu (próba zwykła). Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że Skala GACS posiada wysokie wskaźniki psychometryczne – m.in. w zakresie rzetelności, trafności teoretycznej, trafności diagnostycznej, trafności kryterialnej oraz trafności prognostycznej. Na podstawie uzyskanych rezultatów sformułowano konkluzję, że SOGS lepiej różnicuje patologicznych graczy od populacji osób zdrowych, natomiast GACS charakteryzuje się lepszą trafnością prognostyczną, co oznacza, że za pomocą pomiarów w Skali GACS można lepiej przewidzieć: poziom zaangażowania w grę hazardową, motywację do udziału w grze

losowej, a także przekonanie o tym, że hazard jest doświadczeniem hedonistycznym. Szczególną korzyścią wynikającą z zastosowania Skali GACS jest możliwość opisania uzależnienia od hazardu za pomocą trzech wymiarów: 1) antycypacji jako przejawu intencji do udziału w grze hazardowej w celu poprawienia nastroju, 2) żądzy gry, 3) ulgi w doświadczaniu nieprzyjemnego napięcia, które powstaje w sytuacji przerwania gry.

Treści zawarte w trzecim opracowaniu – autorstwa Iwony Niewiadomskiej i Agnieszki Palacz-Chrisidis – dotyczą wyników badań adaptacyjnych czterech narzędzi służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem: *Brief Biosocial Gambling Screen* (BBGS) – *Krótkiego Biospołecznego Narzędzia Przesiewowego do Hazardu; Gambling Motives Questionnaire* (GMQ) – *Kwestionariusza Motywów Hazardowych; Gambling Attitude and Beliefs Scale* (GABS) – *Kwestionariusza Przekonań i Postaw wobec Hazardu oraz Gambling Related Cognitions Scale* (GRCS) – *Skali Myśli Związanych z Hazardem.* Analizy służące adaptacji i walidacji wyżej wymienionych metod przeprowadzono na grupie 631 uczniów szkół ponadgimnazjalnych z terenu województwa lubelskiego (z 48 wylosowanych klas). Wynikiem przeprowadzonych analiz jest polska adaptacja metod posiadających dobre wskaźniki psychometryczne (trafność i rzetelność), które pozwalają zidentyfikować: 1) problemy związane z występowaniem patologicznego hazardu (BBGS); 2) społeczne motywy grania oraz motywy grania wynikające ze sposobu radzenia sobie ze stresem (GMQ); 3) skłonność do podejmowania gier hazardowych (GABS); 4) myśli związane z hazardem, w tym nasilenie błędów.

Opis sposobu konstruowania i walidowania *Łódzkiego Kwestionariusza Problemów Hazardowych wśród Adolescentów* ŁKPHA znajduje się w omówieniu badań, opracowanym przez Jacka Pyżalskiego, Alicję Petrykowską i Piotra Plichtę. Rekomendacje do wykorzystywania ŁKPHA wynikają z kilku przesłanek, zawartych w treści artykułu. Po pierwsze, narzędzie powstało na bazie wyników uzyskanych w badaniach jakościowych (z terapeutami uzależnień) oraz danych zawartych w najnowszej literaturze przedmiotu. Po drugie, metoda została zwalidowana na losowo dobranej, ogólnopolskiej próbie nastolatków (N=1505). Po trzecie, ŁKPHA cechuje się bardzo dobrymi właściwościami psychometrycznymi oraz posiadaniem norm stenowych. Po czwarte, wykorzystywanie tego narzędzia pozwala diagnozować problemy hazardowe w sposób wielowymiarowy, m.in. dzięki temu, że składa się ono z trzech skal, które w niezależny od siebie sposób mierzą częstotliwość występowania: 1) zachowań hazardowych, 2) konsekwencji podejmowania aktywności hazardowych, 3) nieracjonalnego myślenia hazardowego. Po piąte, metoda może

również służyć do wyodrębnienia osób doświadczających problemów o charakterze klinicznym.

Charakterystyka Kwestionariusza *Moja Aktywność w Internecie* MAWI, służącego do badania zagrożenia uzależnieniem od Internetu, w kontekście jego tworzenia, wartości psychometrycznej oraz możliwości wykorzystywania, została opracowana przez Grażynę Wąsowicz i Małgorzatę Styśko-Kunkowską. Konstrukcja Kwestionariusza MAWI polegała na przeprowadzeniu siedmiu badań (w tym czterech jakościowych i trzech ilościowych) ze specjalistami i adolescentami. Z psychologami i pedagogami szkolnymi przeprowadzono dwa badania jakościowe w celu poznania ich opinii na temat występowania uzależnień behawioralnych wśród dorosłych i młodzieży. Młode osoby uczestniczyły w dwóch badaniach jakościowych (badanie pierwsze służyło poznaniu ich doświadczeń związanych z korzystaniem z Internetu; badanie drugie miało na celu zapoznanie się z ich opinią na temat wstępnej wersji Kwestionariusza MAWI). Pierwsze badanie ilościowe – przeprowadzone na próbie 576 uczniów z województwa mazowieckiego – posłużyło określeniu własności psychometrycznych Kwestionariusza MAWI. Wyniki drugiego badania ilościowego – na reprezentatywnej próbie polskiej młodzieży w wieku 13-19 lat (N=1000) – były związane z opracowaniem ostatecznej wersji Kwestionariusza MAWI oraz z przeprowadzeniem diagnozy zagrożenia uzależnieniem od e-czynności wśród polskich nastolatków. Trzecie badanie ilościowe – na grupie 147 uczniów z terenu województwa mazowieckiego – miało na celu walidację stworzonego narzędzia (określenie jego rzetelności i trafności). W treści artykułu, obok opisu samego Kwestionariusza MAWI, zawarto wyniki dotyczące takich wymiarów funkcjonowania badanej młodzieży (zmierzone za pomocą opracowanej metody), jak: a) intensywność korzystania z Internetu i wykonywania wybranych e-czynności; b) poziom zagrożenia uzależnieniem od Internetu; c) związki między e-czynnościami a stopniem zagrożenia uzależnieniem; d) konsekwencje zagrożenia e-uzależnieniem; f) determinanty zagrożenia e-uzależnieniem.

Zofia Mielecka-Kubień napisała artykuł poświęcony wybranym metodom badania wpływu kasyn na sytuację ekonomiczno-społeczną lokalnych społeczności. W publikacji zwrócono uwagę na fakt, że od strony ekonomicznej mogą zaistnieć zarówno pozytywne, jak i negatywne skutki działania kasyn. W analizie metod, za pomocą których można wskazać na charakter społeczno-ekonomicznych konsekwencji funkcjonowania miejsc, w których uprawiany jest hazard, szczególną uwagę zwrócono na statystykę i ekonometrię. Jako przykłady ich zastosowania opisano statystyczne i/lub ekonometryczne zależności, jakie zachodzą między funkcjonowaniem kasyn a takimi zjawiskami społeczno-ekonomicznymi,

jak: zatrudnienie, bankructwa i przestępczość w ich otoczeniu. Opisane metody analizy statystycznej/ekonometrycznej mogą zostać zastosowane w praktyce, co jest tym istotniejsze, że w ostatnich latach w Polsce szybko wzrasta liczba kasyn. Metody modelowania statystycznego i/lub ekonometrycznego mogą posłużyć zarówno do określenia zakresu wpływu kasyn na lokalną społeczność, jak i do oceny rodzaju pozytywnych i negatywnych skutków ich istnienia na danym obszarze.

Na drugą część monografii składa się osiem tekstów opisujących prowadzenie badań w kontekście poszukiwania odpowiedzi na pytania dotyczące zarówno nasilenia wybranych przejawów uzależnień czynnościowych, jak i czynników, które zmniejszają lub też zwiększają ryzyko ich wystąpienia. Poniżej zostanie zaprezentowana krótka charakterystyka tekstów zawartych w tej części książki.

Badania epidemiologiczne dotyczące grania hazardowego przez młodzież z terenu województwa lubelskiego przedstawiła Agnieszka Palacz-Chrisidis. Analizy przeprowadzono na grupie 631 uczniów, z wybranych losowo szkół ponadgimnazjalnych. W badaniach wykorzystano dane metryczkowe oraz wyniki uzyskane w *Krótkim Biospołecznym Narzędziu Przesiewowym do Hazardu* BBGS. Dzięki wykorzystaniu wymienionych narzędzi zbadano: 1) częstotliwość podejmowanych aktywności hazardowych (w całej grupie), 2) poziom zaangażowania w grę (w całej grupie), 3) różnice między poziomem zaangażowania w gry losowe między kobietami i mężczyznami, 4) różnice między poziomem zaangażowania w hazard między młodzieżą ze wsi, małych miast i dużych miast, 5) różnice między poziomem zaangażowania w gry losowe między 17-, 18-, 19- i 20-latkami, 6) preferowane formy hazardu (w całej grupie). Najważniejszy wniosek z przeprowadzonych analiz epidemiologicznych polega na tym, że uzyskane w nich wyniki są zasadniczo zbieżne z rezultatami prezentowanymi zarówno w literaturze światowej, jak i w raportach z polskich badań.

Wyniki badań jakościowych, mające na celu poznanie opinii nastolatków i ich rodziców na temat hazardu, zostały opracowane przez Agnieszkę Pisarską, Krzysztofa Ostaszewskiego, Joannę Raduj i Magdalenę Wójcik. W trakcie realizacji projektu badawczego, w wywiadach grupowych wzięło udział 100 uczniów warszawskich szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych, a w telefonicznych wywiadach indywidualnych – 40 rodziców. Rezultaty przeprowadzonych analiz dotyczyły opinii badanych osób (młodzieży i dorosłych) na temat takich zagadnień, jak: rozpowszechnienie gier hazardowych wśród nastolatków,

dostępność różnych form hazardu dla tej grupy wiekowej, zagrożenia dla funkcjonowania społecznego i/lub zdrowotnego wynikające z uprawiania hazardu przez młode osoby, sygnały świadczące o ryzykownym uprawianiu gier losowych przez młodzież.

Jolanta Kalka zaprezentowała badania dotyczące rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz ich związków z używaniem substancji psychoaktywnych. Opisywane w artykule analizy zostały dwukrotnie przeprowadzone przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) na grupie osób, które mają skończone 15 lat. W badaniach przeprowadzonych w 2012 roku wzięło udział 4 038 osób, a w 2014 roku – 2 502 badanych. Uzyskane wyniki uzasadniają wniosek, że spośród czterech analizowanych typów uzależnień czynnościowych – od pracy, hazardu, zakupów, Internetu – najbardziej rozpowszechniony jest problem pracoholizmu. Przy czym wskaźnik tego rodzaju problemów podwoił się w badaniach z 2014 roku w porównaniu do wyników z 2012 roku. Drugim w kolejności – według kryterium rozpowszechnienia – jest uzależnienie od hazardu. Do niepokojących tendencji należy zaliczyć to, że w 2014 roku w stosunku do 2012 roku, wzrósł zarówno odsetek osób uzależnionych od hazardu, jak również osób zagrożonych tego rodzaju uzależnieniem. Na stałym i dość niskim poziomie w populacji Polaków zaznacza się problem zakupoholizmu, ponieważ nie stwierdzono istotnych różnic statystycznych między odsetkiem osób doświadczających objawów uzależniania od zakupów w badaniach przeprowadzonych w 2012 i 2014 roku. Najniższy i w miarę stabilny wskaźnik (pod względem porównywalności wyników z 2012 i 2014 roku) odnosi się do powszechności uzależnienia od Internetu. W opisywanych badaniach stwierdzono również, że istnieje istotny związek między występowaniem objawów uzależnień behawioralnych a konsumpcją substancji psychoaktywnych (narkotyków i/lub leków uspokajających bądź nasennych). Mianowicie, wymienione substancje chemiczne są istotnie częściej używane przez osoby, u których występują objawy uzależnień czynnościowych.

W artykule pt. „Identyfikacja podmiotowych korelatów ryzykownego korzystania z Internetu”, opracowanym przez Joannę Chwaszcz, Iwonę Niewiadomską i Bernadetę Lelonek-Kuletę, dokonano charakterystyki 4 projektów badawczych, które miały na celu identyfikację zależności zachodzących pomiędzy zmiennymi o charakterze podmiotowym a nadmiernym angażowaniem się w korzystanie z Internetu. Pierwszy projekt badawczy koncentrował się na poszukiwaniu związków pomiędzy nadmiernym korzystaniem z sieci internetowej a poczuciem osamotnienia i relacjami interpersonalnymi. Przeprowadzone analizy wykazały, że wraz ze wzrostem zaangażowania w używanie Internetu zwiększa się

deprywacja potrzeby kontaktów społecznych oraz nasila się poczucie utraty grupy towarzyskiej. Osoby bardziej zaangażowane w aktywność internetową częściej zaniedbują kontakty interpersonalne w świecie realnym oraz bardziej izolują się od grupy rówieśniczej.

W ramach drugiego projektu postawiono pytanie badawcze następującej treści: czy istnieje związek między poziomem inteligencji emocjonalnej a nadmiernym zaangażowaniem w Internet? Uzyskane rezultaty stanowią podstawę do sformułowania konkluzji, że zaangażowanie w aktywność internetową koreluje ujemnie z poziomem inteligencji emocjonalnej.

Trzeci projekt badawczy miał na celu uzyskanie odpowiedzi na pytanie: czy istnieją zależności pomiędzy cechami osobowości, ujętymi w modelu Wielkiej Piątki Paula Costy i Roberta McCrae a ryzykiem uzależnienia młodzieży od sieci internetowej? Przeprowadzone analizy stanowią podstawę do stwierdzenia, że wyższy poziom Otwartości na doświadczenie, Ugodowości i Sumienności zmniejsza ryzyko nadmiernego korzystania z Internetu.

W badaniach przeprowadzonych na użytek czwartego projektu badawczego poszukiwano odpowiedzi na pytanie: czy poziom zaangażowania w blogi internetowe modyfikuje zależności zachodzące pomiędzy kryzysem w wartościowaniu a jakością życia? Rezultaty przeprowadzonych analiz skłaniają m.in. do wniosku, że wśród osób o niskim zaangażowaniu w blogi nie występują istotne korelacje pomiędzy doświadczaniem kryzysu w wartościowaniu a poczuciem jakości życia w sferze somatycznej. Zależność taka wystąpiła w grupie osób o wysokim wskaźniku zaangażowania w blogi.

Opis analiz służących identyfikacji czynników ryzyka i czynników chroniących przed uzależnieniami behawioralnymi został przedstawiony w tekście Jolanty Kalki. Autorka analizuje rezultaty uzyskane w badaniach prowadzonych przez Fundację Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) na reprezentatywnej próbie Polaków, którzy skończyli 15 lat. Badania przeprowadzono dwukrotnie: w 2012 roku (N=4 038) i w 2014 roku (2 502). Wyniki badań ilościowych przekonują, że każde z badanych uzależnień – od pracy, hazardu, zakupów, Internetu – ma specyficzne czynniki ryzyka. Bardziej zagrożeni uzależnieniem od hazardu są mężczyźni, od zakupów – młode kobiety, od sieci – nastolatki, od pracy – przedsiębiorcy, kadra specjalistów oraz osoby zajmujące kierownicze stanowiska. Wyniki badań jakościowych przekonują natomiast, że istnieją również wspólne czynniki ryzyka dla opisywanych uzależnień czynnościowych. Przykładem takiego czynnika jest brak wiedzy na temat mechanizmów działania uzależnień behawioralnych. Jego występowanie zwiększa ryzyko powstania uzależnienia czynnościowego, niezależnie od rodzaju uzależnienia, wieku, płci i wykształcenia.

Charakterystyka badań farmakologicznych w kontekście analizy ryzyka zachowań hazardowych została ukazana w studium pt. „Test symulacji gry na maszynie wrzutowej: MPEP, antagonista receptorów mGlu5, działa hamująco na zachowania przypominające hazard w szczurzym modelu jednorękiego bandyty. Studium opisujące przebieg badania oraz uzyskane wyniki opracował zespół w składzie: Dominik Rafa, Agnieszka Potasiewicz, Piotr Popik, Agnieszka Nikiforuk. Autorzy relacjonują, że celem przeprowadzonych eksperymentów było zbadanie, czy memantyna (antagonista receptorów NMDA), MPEP (antagonista receptorów mGlu5) oraz LY354740 (agonista receptorów mGlu2/3) wpływają na zachowania przypominające hazard u szczurów. Zaprezentowany cel wynika z faktu, że chociaż obecnie nie ma skutecznego sposobu leczenia uzależnień behawioralnych, to inhibitory receptorów glutaminianergicznych wykazały obiecujące efekty w zwierzęcych modelach uzależnień lekowych. Realizacja zamierzonego celu badawczego polegała na eksperymencie, w którym osiemnaście szczurów zostało wytrenowanych w teście symulacji gry na maszynie wrzutowej. Trzy mrugające lampki, które zatrzymywały się w pozycji zapalonej lub zgaszonej odpowiadały trzem kręcącym się bębnom w tzw. jednorękim bandycie (maszyna wrzutowa). Każda próba mogła zakończyć się pewną wygraną (3 lampki zapalone) lub przegraną (przynajmniej jedna lampka zgaszona). Zwierzęta wybierały, czy nacisnąć dźwignię „odbieram nagrodę" (co skutkowało dostarczeniem 5 peletek pokarmowych nagrody w przypadku prób „wygrywających", bądź 25 sekundami wygaszenia klatki – kara), czy rozpocząć nową próbę od razu (naciśnięcie dźwigni „gram dalej"). Zachowanie zwierząt było badane po wcześniejszym podaniu inhibitorów receptorów glutaminianergicznych. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że zarówno memantyna jak i LY354740 nie wpłynęły na wykonywanie testu symulacji gry na maszynie wrzutowej. W odróżnieniu jednak od nich, MPEP zmniejszył współczynnik naciśnięć na dźwignię „odbieram nagrodę", ale tylko w próbach prawie wygranych (dwie zapalone lampki). Zatem można wysunąć wniosek, że metabotropowe receptory glutaminianergiczne typu 5 mogą odgrywać rolę w sygnalizowaniu oczekiwania nagrody w zwierzęcym modelu „jednorękiego bandyty" (test symulacji gry na maszynie wrzutowej), co może sugerować skuteczność ich ligandów w terapii zachowań hazardowych.

Bernadeta Lelonek-Kuleta zrelacjonowała analizy ukierunkowane na poszukiwanie psychologicznych i społecznych wyznaczników funkcjonowania hazardzistów (mężczyzn uzależnionych od gry na automatach losowych). W badaniu wzięło udział 131 mężczyzn grających na automatach losowych: 54,2% spełniało kryteria patologicznego hazardu według

DSM-IV, 18,3% było zagrożonych uzależnieniem od grania, a 27,5% – nie doświadczało problemów związanych z graniem. Do identyfikacji badanych zmiennych psychospołecznych wykorzystano takie metody, jak: *Inwentarz Osobowości* NEO-FFI, *Test Przymiotnikowy* ACL, *Kwestionariusz do badania Błędów Poznawczych*, Skala *Uzależnienia od Grania Hazardowego*, *Arkusz Danych Osobowych*. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono m.in. że: 1) patologicznych graczy cechuje skłonność do doświadczania negatywnych emocji, np. takich, jak: wrogość, gniew, czy poczucie winy; 2) w kontaktach społecznych graczy uzależnionych dominuje rezerwa, obniżone zaufanie, izolowanie się; 3) w postawie życiowej graczy patologicznych dominują skłonności hedonistyczne – m.in. dążenie do zysku osiąganego szybko i bez wysiłku; 4) gracze patologiczni mają trudności ze sprostaniem wymaganiom, jakie stawia przed nimi praca; 5) gracze uzależnieni bywają odbierani przez otoczenie jako osoby konfliktowe, gwałtowne, trudne do przewidzenia w swoich reakcjach; 6) patologiczni hazardziści wykazują także określoną specyfikę w zakresie funkcjonowania poznawczego – np. częściej niż inni wierzą w możliwość osobistego wpływu na wynik gry.

W opracowaniu dokonanym przez Bernadetę Lelonek-Kuletę i Joannę Chwaszcz ukazano rezultaty badań ogólnopolskich, które miały na celu zbadanie polskich zasobów instytucjonalnych i personalnych w zakresie udzielania wsparcia patologicznym hazardzistom oraz członkom ich rodzin. Zebrane informacje pozwoliły na sformułowanie ważnych wniosków dotyczących wsparcia udzielanego hazardzistom oraz ich bliskim. Po pierwsze, dane ilościowe wskazują na to, że: 101 polskich placówek deklaruje świadczenie pomocy patologicznym hazardzistom, w tym 89 ośrodków prowadzi terapię indywidualną, 68 – terapię grupową, 86 – specjalistyczne poradnictwo, 84 – zajęcia edukacyjne, a 27 – działania profilaktyczne. Po drugie, część ośrodków zajmuje się wsparciem dla rodzin patologicznych graczy, w tym 64 placówki prowadzi terapię indywidualną, 43 – terapię grupową, 79 – poradnictwo, 67 – zajęcia edukacyjne, a 15 – działania profilaktyczne. Po trzecie, terapia hazardzistów oraz ich bliskich jest najczęściej oparta na programach terapeutycznych, które zostały opracowane dla osób uzależnionych/współuzależnionych od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Po czwarte, niewiele placówek prowadzi terapię w homogenicznych grupach hazardzistów. Po piąte, coraz częściej w terapii problemów hazardowych jest wykorzystywane podejście poznawczo-behawioralne i motywacyjne, co odpowiada światowym trendom w zakresie terapii problemów hazardowych.

Zaprezentowane w monografii wyniki badań mogą mieć również zastosowanie praktyczne. Część z nich może być wykorzystywana w polityce społecznej. Jako przykład można wskazać propozycję zastosowania metod statystycznych i/lub ekonometrycznych w analizie społeczno-ekonomicznych skutków hazardu dla lokalnych społeczności.

Zawarte w monografii wyniki badań mogą być też wykorzystywane przez specjalistów zajmujących się zawodowo wspieraniem rozwoju różnych grup wiekowych, zawodowych, społecznych (np. dzieci i młodzieży, mieszkańców wsi, osób bezrobotnych) w celu pozyskiwania informacji na temat nasilenia różnorodnych uzależnień czynnościowych, czynników prowadzących do ich powstawania oraz mechanizmów chroniących przed tego rodzaju zaburzeniami. Rezultaty przeprowadzonych analiz mogą stanowić bardzo dobre uzasadnienie do tworzenia – m.in. przez psychologów, pedagogów, nauczycieli, profilaktyków – programów zapobiegania uzależnieniom czynnościowym w wymiarze uniwersalnym, selektywnym i indykatywnym.

Treści zawarte w niniejszej książce mogą także służyć jako uzasadnienie do korzystania z narzędzi opracowanych po to, aby lepiej rozpoznawać: zachowania ryzykowne, typowe objawy uzależnień czynnościowych, typowe konsekwencje ich występowania – m.in. w wymiarze społecznym, psychicznym, zdrowotnym, ekonomicznym oraz nawroty uzależnienia.

Zaprezentowane prawidłowości mogą być także zastosowane w działaniach pomocowych, kierowanych do osób uzależnionych behawioralnie oraz do członków ich rodzin – np. poprzez prowadzenie badań przesiewowych przez specjalistów, przez podjęcie szybkiej interwencji w sytuacji wystąpienia dużego nasilenia czynników ryzyka, czy też w kontekście wprowadzania adekwatnych praktyk terapeutycznych (np. terapii poznawczej mającej na celu zmianę błędów poznawczych).

Iwona Niewiadomska

Jolanta Jarczyńska

Test przesiewowy *The South Oaks Gambling Screen Revised Adolescent* SOGS-RA do oceny poziomu zagrożenia hazardem problemowym u młodzieży szkolnej – badania adaptacyjne i walidacyjne

Abstract

***The South Oaks Gambling Screen Revised Adolescent* SOGS-RA screening tool for youth problem gambling assessment – adaptation and validation studies**

The article presents the results of research conducted in 2012-2013 among a representative sample, for the city of Bydgoszcz and the Bydgoszcz district, of adolescents from junior high school and high school (N=2617). The research was conducted to adapt and validate (the criterion and theoretical reliability and validity assessment) the American screening tool for problem gambling among youth – scale SOGS-RA The South Oaks Gambling Screen Revised Adolescent by K. Winters, R. Stinchfield and J. Fulkerson (1993). The research was co-financed by the Gambling Problem Solving Fund as a part of Task 4 of the Minister of Health: *Development and validation of tools for screening and diagnosis of pathological gambling and other non-substance addictions*, carried out within the Program 1 of the Minister of Health: *Support for scientific research into gambling and other non-substance addictions along with problem solving*.

The results of validation studies conducted on the Polish version of SOGS-RA scale, confirm the psychometric values of the tool, indicating its high accuracy and high discriminatory power – the ability to screen regular and irregular players (alpha Cronbach=0.78). The differentiating power of the position scale is between 0.36 and 0.52, and the average intercorrelation position is 0.26. The Polish adaptation of the SOGS-RA scale has also satisfying criterion validity. The results achieved on the SOGS-RA scale were most strongly correlated with the question of the sums of money usually spent on gambling during the month (0.51; p<0.001), and the scale of the frequency of gambling in the last year /CGHR/ (0.49, p<0.001). The confirmatory factor analysis (CFA) confirmed the theoretical accuracy of the SOGS-RA scale. The assumptive one-factor model was confirmed by the empirical data. Matching the model occurred to be satisfying. The value of χ^2 amounted to 934.681, p<0.01, matching indicators: RMSEA=0.08, GFI=0.94.

1. Uzasadnienie badań z użyciem testu przesiewowego SOGS-RA na grupie młodzieży szkolnej

Uzasadnieniem dla podjętych badań była przede wszystkim potrzeba dokonania polskiej adaptacji skali SOGS-RA, która wynikała z braku krajowych narzędzi oraz adaptacji zagranicznych narzędzi diagnostycznych – testów przesiewowych o potwierdzonej własności psychometrycznej za pomocą których można byłoby dokonywać diagnozy grup ryzyka problemowego uczestnictwa młodzieży szkolnej w grach losowych. Adaptacji skali SOGS-RA dokonano ze względu na fakt, że uznawana jest ona za najbardziej popularne narzędzie przesiewowe stosowane do identyfikacji hazardu problemowego wśród

adolescentów na świecie, które ma potwierdzoną niezawodność i rzetelność. Ponadto w literaturze przedmiotu oraz w krajowych badaniach empirycznych zaobserwowano lukę w zakresie stanu wiedzy o zachowaniach hazardowych nastolatków, a także o korelatach tego rodzaju zachowań. Badanie miało na celu adaptację i walidację skali SOGS-RA na reprezentatywnej dla miasta Bydgoszczy i powiatu bydgoskiego próbie młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych oraz oszacowanie skali zagrożenia młodzieży szkolnej hazardem problemowym, identyfikację czynników ryzyka (zwłaszcza rodzinnych) problemowej gry hazardowej oraz dostarczenie wiedzy w tym obszarze.

2. Metodologia prowadzonych badań

Zastosowaną metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a techniką badawczą – ankieta. Badanie miało formę klasycznego badania typu „papier-ołówek" i było w pełni anonimowe. Badaną próbą była młodzież w wieku 13-20 lat, która w roku szkolnym 2012/2013 uczęszczała do szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych zlokalizowanych na terenie miasta Bydgoszczy i powiatu bydgoskiego (N=2617). Dobór osób do próby był losowy i wielowarstwowy. W pierwszej kolejności dokonano losowania miast i wsi z terenu powiatu bydgoskiego, następnie losowano publiczne szkoły gimnazjalne i ponadgimnazjalne, później zaś oddziały klasowe. Jednostką losowania była klasa szkolna. Badaniami objęto gimnazjalistów klas pierwszych, drugich i trzecich oraz uczniów wszystkich typów szkół ponadgimnazjalnych (szkoły średnie: licea, technika oraz zasadnicze szkoły zawodowe – wszystkie oddziały klasowe: klasy pierwsze, drugie, trzecie i czwarte (w przypadku technikum). W wylosowanej próbie znalazło się 14 gimnazjów, 8 liceów, 5 techników i 4 szkoły zawodowe. Największy odsetek respondentów w badanej próbie stanowili uczniowie gimnazjów (46% N=1188), najmniejszy zaś uczniowie szkół zawodowych (5% N=128). Badani uczęszczający do liceów stanowili 27% (N=688), zaś do techników 22% (N=575).

Do analizy i opracowania wyników statystycznych użyto następujących metod statystycznych:

- do oceny rzetelności skali SOGS-RA zastosowano metodę badania zgodności wewnętrznej (współczynnik alpha Cronbacha);
- do oceny trafności skali SOGS-RA użyto dwóch metod pomiaru: trafność kryterialną (współczynnik Spearmana i współczynnik korelacji punktowo-biseryjny (r_{pb})) oraz trafność

teoretyczną (badaniu poddano założoną przez autorów skali SOGS-RA (Winters i wsp., 1993) jednoczynnikową strukturę skali. W tym celu zastosowano konfirmacyjną analizę czynnikową (CFA)). Analiza statystyczna wyników badań została wykonana z wykorzystaniem pakietu statystycznego STATISTICA wersja 10.

The South Oaks Gambling Screen – Revised Adolescent (SOGS-RA) – charakterystyka oryginalnej wersji skali. *The South Oaks Gambling Screen – Revised Adolescent* (SOGS-RA) (Winters i in., 1993) jest zaktualizowaną wersją narzędzia *The South Oaks Gambling Screen* (SOGS) (Lesieur i Blume, 1987), uznanego za najbardziej popularny test przesiewowy stosowany do identyfikacji hazardu problemowego i patologicznego w populacji osób dorosłych. SOGS (Lesieur, Blume, 1987) to 20-itemowa skala służąca do identyfikacji patologicznych graczy w próbach klinicznych, która ma potwierdzoną zadawalającą rzetelność i trafność. Punkty na skali sformułowane zostały w oparciu o kryteria diagnostyczne patologicznego grania, zawarte w DSM-III. Jedna połowa punktów dotyczy zachowań gracza w życiu osobistym lub w jego relacjach interpersonalnych, a druga – pożyczek zaciąganych na grę i spłacenie długów powstałych w wyniku uprawiania hazardu. Pytania na skali dotyczą m.in. rodzaju aktywności, w które angażuje się osoba badana, sum pieniędzy poświęconych na gry, historii uprawiania hazardu w rodzinie, itd. Maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania wynosi 20. Wynik 5 punktów i więcej wskazuje na uzależnienie od grania (patologiczny hazard); wynik 3-4 oznacza gracza zagrożonego uzależnieniem; wreszcie wynik 0, 1 lub 2 oznacza gracza okazyjnego (Abott i Volberg, 1996). Rzetelność skali wynosi alfa Cronbacha = 0,97 (pod. za: Dane, McPhee, Root, Derevensky, 2004).

W 1993 roku Winters, Stinchfield i Fulkerson (1993) zrewidowali skalę SOGS stosując ją do badań nad młodzieżą w Minnesocie. Nazwali ją SOGS-RA (SOGS – modyfikacja młodzieżowa). Skala została opracowana jako narzędzie przesiewowe w celu dokładniejszej oceny nasilenia hazardu problemowego wśród młodzieży. Jest to 16-itemowa skala (cztery pytania nie są punktowane), która ocenia podjęte zachowania hazardowe w czasie ostatniego roku i wynikające z nich problemy. Pozwala ona na identyfikację regularnych i okazjonalnych graczy. Twierdzenia zaczerpnięte z oryginalnego narzędzia SOGS w pierwotnej wersji skali SOGS-RA zostały przeredagowane, aby uczynić je bardziej odpowiednimi do wieku badanej młodzieży oraz jej zachowań hazardowych. Zmieniony został także pierwotny schemat punktacji wyników. Zmiana punktacji dotyczyła twierdzeń odnoszących się do źródeł pożyczania pieniędzy na hazard (pytanie nr 16). W oryginalnej

wersji SOGS wskazanych jest 9 możliwych źródeł i za każde wskazane źródło respondentowi przydziela się po 1 punkcie. Łącznie w odpowiedzi na to pytanie, badany może uzyskać aż 9 punktów. W skali SOGS-RA niezależnie od ilości wskazanych źródeł badanemu przydziela się tylko jeden punkt (0 punktu przydziela się osobie, która nie wskazała na żadne z wymienionych źródeł). Skala SOGS-RA zwraca uwagę głównie na częstotliwość podejmowania zachowań hazardowych przez młodzież i wskaźniki behawioralne towarzyszące problemowemu hazardowi, a w mniejszym stopniu na ponoszone przez badanego starty pieniężne (na co duży akcent położony jest w narzędziu SOGS) (Derevensky i Gupta, 2000; 2004).

Proces powstawania skali SOGS-RA badacze rozpoczęli od skonstruowania szerokiej i obejmującej zakres hazardu problemowego puli pozycji, która składała się z: (a) oryginalnej skali SOGS (South Oaks Gambling Scale) (Lesieur i Blume, 1987); (b) niewielkiego zbioru skorygowanych pozycji skali SOGS, które zmieniono pod kątem przystosowania narzędzia do poziomu doświadczenia i umiejętności rozumienia przez młodzieży jego pytań; (c) pozycji opartych na DSM-III-R (opracowanych w 1987 roku przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne); i (d) pozycji bazujących na kryteriach ujętych w tzw. teście 20 pytań Anonimowych Hazardzistów (patrz: Lesieur, 1986) do badania hazardu kompulsywnego. Zastosowano także równoległe pozycje odnoszące się do częstotliwości grania w gry hazardowe w ciągu życia oraz minionego roku. Pozycje te pozwalają diagnozować częstotliwość grania przez badaną młodzież w różnego rodzaju gry hazardowych w tym czasie. Analiza odpowiedzi badanych na te pozycje kwestionariusza umożliwia dokonanie oceny najbardziej popularnych gier losowych/hazardowych, w które najczęściej się oni angażują.

Początkowa pula pozycji została przejrzana przez zespół badawczy. Ponieważ okazało się, że wystąpiło w dużym stopniu konceptualne nachodzenie na siebie pozycji skal SOGS, DSM-III-R i Anonimowych Hazardzistów, zdecydowano się zawęzić proces selekcji pozycji skali jedynie do elementów zaczerpniętych ze skali SOGS (oryginalnych i poprawionych). Pozycje skali SOGS uznano za preferencyjne, ponieważ były badane dużo szerzej niż pozostałe zbiory elementów. Pomniejszona pula pozycji skali przedstawiona została grupie badanych młodych ludzi, których poproszono o przejrzenie każdej pozycji skali i skomentowanie sposobu jej sformułowania, zrozumiałości i adekwatności do ich doświadczeń. Jednocześnie, ta sama pula pozycji skali została ponownie przejrzana przez zespół badaczy. Opierając się na zbieżności uwag ze strony badaczy i docelowej grupy

młodzieży, podjęto następujące decyzje. Spośród oryginalnych elementów SOGS, którym rutynowo przypisuje się wynik (od pozycji nr 5 do pozycji nr 16), w większości elementów poprawiono sposób sformułowania pytania, a dla jednego (pytanie nr 16) znacząco zmieniono zasadę przyporządkowania wyniku, czyli punktacji odpowiedzi. Punktowane elementy SOGS, które w zrewidowanej wersji SOGS-RA nie zmieniono w sposób istotny to pozycje nr: 4, 10 i 14. Punktowane pozycje SOGS, które w zrewidowanej wersji SOGS-RA poprawiono to pytania nr: 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15 i 16. Wszystkie punktowane pozycje SOGS zostały dodatkowo zmienione przez ograniczenie okresu analizy do ostatnich 12 miesięcy. Utrzymano pytanie dotyczące uprawiania hazardu przez całe życie po to, aby zapewnić historyczny obraz doświadczeń młodzieży uprawiającej hazard. Trzy spośród czterech niepunktowanych pozycji skali SOGS zostały również przejrzane przez zespół badaczy i docelową grupę młodzieży. Pierwszą niepunktowaną pozycją jest pytanie dotyczące rodzajów podejmowanej aktywności hazardowej (pytanie nr 1). W tym pytaniu wprowadzono następujące zmiany przystosowawcze: (a) dwa typy aktywności, tj. granie na giełdzie papierów wartościowych i gra w kasynach zostały usunięte; (b) dodano trzy nowe typy aktywności hazardowej (rzucanie monetą, kością i gra w zdrapki); oraz (c) wprowadzono pytanie dotyczące pomiaru częstotliwości zaangażowania młodzieży w gry hazardowe w ciągu całego życia (tak/nie), jak i częstotliwości grania w gry hazardowe w ostatnich 12 miesiącach (nigdy/rzadziej niż raz w miesiącu/raz w miesiącu/raz na tydzień/raz dziennie). Cele badania podyktowały zarazem potrzebę pomiaru ostatniej czynności hazardowej oraz uprawiania hazardu w ciągu całego życia, co zapewniłoby ocenę wielkości absencji. Drugą niepunktowaną pozycją skali SOGS-RA jest pytanie nr 2 dotyczące najwyższych sum pieniędzy wydanych przez badanego na grę hazardową. To pytanie pozostało zasadniczo niezmienione (w skali SOGS brzmi identycznie), zmiany dotyczyły jedynie wprowadzenia nowych opcji odpowiedzi odzwierciedlających najniższy pułap wygranej sumy. Trzecim niepunktowanym pytaniem było pytanie o uprawianie gier hazardowych przez rodziców badanego (pyt. nr 3), w którym zapytuje się go o to, czy jego rodzic/rodzice uprawiają hazard (tak/nie), czwartym niepunktowanym pytaniem jest pytanie (pyt. nr 4) o to, czy rodzic/rodzice mają kłopoty związane z uprawianiem hazardu (tak/nie).

Powstała skala SOGS-RA pozwala na dokonanie dokładniejszej oceny problemowego grania wśród młodzieży poprzez zakwalifikowanie respondenta do określonej kategorii. Wynik 0 pkt. oznacza abstynenta – czyli osobę, która w czasie ostatniego roku nie grała w żadną grę o charakterze losowym (nie gra); 1 pkt oznacza gracza nieproblemowego (osoba,

która grała w tym czasie w gry o charakterze hazardowym, ale jej zaangażowanie się w tą aktywność, miało głównie charakter rozrywki, nie doświadczyła ona żadnych negatywnych konsekwencji grania), wyniki od 2 do 3 punktów wskazują na „ryzykownych graczy" (zaczynają u siebie identyfikować pierwsze poważniejsze, negatywne konsekwencje grania), wynik 4 i więcej punktów pozwala zidentyfikować „problemowych graczy" (osoby, które odczuwają grę jako przymus, zauważają u siebie liczne i poważne konsekwencje gry). Im wyższy wynik na skali SOGS-RA uzyskuje badany, tym większe jest prawdopodobieństwo nasilenia u niego problemowej gry. Narzędzie to uznawane jest obecnie za jedną z najbardziej popularnych, rzetelnych i niezawodnych metod pomiaru – narzędzi przesiewowych – do identyfikacji problemowego hazardu wśród młodzieży (Shaffer i Hall, 1996; Wiebe 2000; Wiebe i in., 2001; Winters i in., 1993, Stinchfield, 2011). Współczynniki rzetelności i trafności narzędzia obliczane były dla grupy 460 chłopców w wieku 15-18 lat. Rzetelność skali wyniosła α-Cronbacha = 0,80 (Stinchfield, 2011; Derevensky i Gupta, 2004). W celu pomiaru trafności wewnętrznej narzędzia (SOGS-RA) skorelowano zawarte w nim wyniki z aktywnością hazardową (r=0,39), częstotliwością hazardu (r=0,54) i wysokością sum przeznaczonych na hazard w minionym roku (r=0,42) (Winters, Stinchfield, i Fulkerson, 1993). Narzędzie SOGS-RA wykorzystano w wielu badaniach, w tym w Ontario (Govoni, Rupcich, i Frisch, 1996), Luizjanie (Westphal, Rush, Stevens, i Johnson, 2000), Manitobie (Wiebe, 1999; Wiebe, Cox, i Mehmel, 2000), atlantyckim wybrzeżu Kanady (Poulin, 2000) i Oregonie (Carlson i Moore, 1998; za: Stinchfield i in., 2004). Winters i wsp. (1993) potwierdzają wartość psychometryczną narzędzia, wskazując na jego wysoką trafność i dużą moc dyskryminacyjną (zdolność do przesiewu regularnych i nieregularnych graczy).

W literaturze tematu odnaleźć można również krytyczne uwagi pod adresem skali SOGS-RA. Nieliczni badacze wskazują na jej zawodność w przypadku diagnozy dorastających dziewcząt. Ferris i wsp. (2001) twierdzą, że narzędzie nie zostało odpowiednio przetestowane na próbie dziewcząt, co spowodowało odnotowanie w próbie generalnej niskiego rozpowszechnienia odsetka problemowych hazardzistów wśród nastoletnich dziewcząt. Jednak, jak podaje Derevensky i Gupta (2004), tego typu problemy pojawiają się w przypadku większości narzędzi adresowanych do młodzieży. Na zawodność tego narzędzia wskazują również inni badacze, którzy przeanalizowali wyniki licznych badań przeprowadzonych w ostatnich dwóch dekadach w szkołach średnich na terenie USA i Kanady (badania zrealizowane w Albercie, Connecticut, Luizjanie, New Jersey, Nowym Jorku i Quebecu (Ladouceur i Mireault, 1988; Lesieur i Klein, 1987; Steinberg, 1997;

Volberg, 1998, Westphal, Rush i Stevens, 1997; Wynne, Jacobs i Smith, 1996; za: Derevensky i Gupta, 2004). Ladouceur, Bouchard, Rhéaume, Jacques, Ferland, LeBlond i Walker (2000) zakwestionowali ważność SOGS-RA, twierdząc, że uzyskane w badaniach wysokie wskaźniki rozpowszechnienia hazardu problemowego wśród młodzieży mogą być wynikiem niewłaściwego rozumienia pytań zawartych w skali SOGS-RA (za: Derevensky i Gupta, 2004), co jednocześnie podważać może wiarygodność pomiaru dokonanego przy użyciu tej skali. Należy jednak pamiętać, że są to jedynie domniemania i nieuzasadnione hipotezy stawiane przez ww. badaczy.

Opis badań własnych nad adaptacją skali SOGS-RA do warunków polskich. Przeprowadzenie badań miało charakter dwuetapowy. Pierwszy etap obejmował prace adaptacyjne nad skalą SOGS-RA, a drugi – badania walidacyjne nad oceną rzetelności i trafności kryterialnej oraz teoretycznej tego narzędzia. Badania właściwe poprzedzone zostały realizacją badań pilotażowych, które pozwoliły uwzględnić różnice kulturowe oraz dokonać wstępnej oceny własności psychometrycznych narzędzia.

Wypełnienie kwestionariusza ankiety przez respondentów miało miejsce w szkole podczas lekcji. Uczniowie wypełniali go indywidualnie. Zostali poinformowani, że hazard to działanie zawierające element ryzyka, polegające na zastawianiu pieniędzy lub dóbr materialnych, które można wygrać lub przegrać, gdyż o wygranej decyduje przypadek. Przybliżono im poszczególne rodzaje gier hazardowych tak, aby mieli świadomość, że grą hazardową nie jest jedynie stereotypowo rozumiana gra w kasynie. Wyjaśniano im także, że udział w badaniu jest dobrowolny i zapytano ich o dobrowolną zgodę na udział w nim. Ankieterami byli pracownicy Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego oraz przeszkoleni studenci II roku Pedagogiki Opiekuńczej studiów stacjonarnych drugiego stopnia, studiujący na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, niezwiązani ze szkołami, w których prowadzono badania. W trakcie badania w każdej z klas obecny był jeden z ankieterów. Odpowiadał on na pytania respondentów i dbał o odpowiednią atmosferę badania. Nauczycieli poproszono o opuszczenie klasy, a badanych o to, by nie umieszczali w ankietach swoich imion i nazwisk, w celu zachowania anonimowości. Przeciętny czas wypełnienia kwestionariusza ankiety wynosił 15 minut.

Badanie właściwe wykonano na przełomie lutego i marca 2013 roku na próbie 2 617 uczniów, poprzedzone ono zostało badaniami pilotażowymi zrealizowanymi w grudniu 2012 roku na próbie liczącej 591 osób. Do analiz statystycznych zakwalifikowano w drugim etapie badań (badania właściwe) 2 579 ankiet, gdyż 38 ankiet uznano za niewiarygodne ze względu

na duże braki danych, niespójność w odpowiedziach, żartobliwe wpisy lub inne dane wskazujące na niepoważne potraktowanie badania przez respondentów.

Polska wersja skali SOGS-RA stanowi adaptację wszystkich pozycji testowych ujętych w oryginalnej amerykańskiej wersji skali SOGS-RA autorstwa K. C. Wintersa, R. Stinchfielda i J. Fulkersona (1993). W ramach adaptacji narzędzia sprawdzano adekwatność treści pytań do naszych warunków kulturowych oraz ich rozumienie przez młodzież szkolną. W tym celu przeprowadzono badanie pilotażowe, w ramach którego potwierdzona została adekwatność kwestionariusza. Międzykulturowa adaptacja skali SOGS-RA obejmowała kilka etapów: tłumaczenia, syntezę tłumaczeń, tłumaczenia wsteczne. SOGS-RA została przetłumaczona przez dwóch niezależnych tłumaczy. Jeden dokonał tłumaczenia z języka angielskiego na język polski, a drugi oddzielnego tłumaczenia, z języka polskiego na angielski. Następnie za pomocą 4 sędziów kompetentnych dokonano porównania tłumaczenia z jego oryginalną wersją, co pozwoliło na stwierdzenie, że przetłumaczone pytania były znaczeniowo bardzo zbliżone do pytań oryginalnych w języku angielskim. Wyniki badania pilotażowego pokazały, że pytania i kategorie odpowiedzi zawarte w teście są zrozumiałe i jednoznaczne dla polskiej młodzieży.

Polska adaptacja skali SOGS-RA zawiera 16 pozycji/pytań (cztery pozycje/pytania nie są uwzględnione przy obliczaniu wyniku. Są to pozycje/pytania nr 1, 2, 3 i 4) tak, jak w oryginalnej wersji skali. Pozostałe 12 pytań punktuje się na skali zero-jedynkowej. Łączna wartość punktowa skali wynosi od 0 do 12 pkt. Im wyższa wartość punktowa na skali, tym większe nasilenie problemowej gry wśród badanych. Uzyskanie na skali od 0 do 1 pkt. oznacza gracza niezagrożonego problemowym graniem. Wartość od 2 do 3 punktów oznacza gracza zagrożonego problemową grą, zaś uzyskanie 4 i więcej punktów wskazuje na gracza problemowego. Test pozwala na ocenę zachowań związanych z graniem i problemów wynikających z grania w czasie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających badanie.

Za pomocą pytania nr 1 i 2 możliwy jest pomiar zmiany natężenia problemu hazardowej gry wśród młodzieży. Pytanie nr 1 dotyczy liczby i rodzajów czynności związanych z uprawianiem hazardu przynajmniej raz w życiu oraz w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem. W oryginalnej wersji narzędzia wymienionych było 11 czynności. W badaniach polskich poszerzono tę listę o dwie dodatkowe czynności (udział w loteriach i konkursach telefonicznych oraz SMS-owych, a także o grę na pieniądze w Internecie i w internetowych kasynach). Analiza czynności związanych z uprawianiem hazardu w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem pozwoliła określić ogólną

częstotliwość uprawiania hazardu w tym czasie. W tym celu zsumowano częstotliwość uprawiania hazardu z 13 wymienionych czynności. Pomiar nasilenia częstotliwości podejmowania każdej czynności odbywał się na skali od 1 do 5 pkt. Odpowiedź dotyczące częstotliwości podejmowanej aktywności hazardowej to: nigdy (1 pkt); rzadziej niż raz w miesiącu (2 pkt.), raz w miesiącu i więcej (3 pkt.), raz na tydzień i więcej (4 pkt.) i raz dziennie – codziennie (5 pkt).

Pytanie nr 2 z kwestionariusza ankiety dotyczyło najwyższej kwoty pieniędzy, jaką badany postawił na grę w czasie ostatnich 12 miesięcy. Było to pytanie zamknięte z następującymi opcjami odpowiedzi: nigdy nie ryzykowałem/am (0 pkt.); mniej niż 5 złotych (1 pkt); od 5 do 10 złotych (2 pkt.); od 10 do 50 złotych (3 pkt.); od 50 złotych do 100 złotych (4 pkt.); od 100 złotych do 200 złotych (5 pkt.); od 200 złotych do 500 złotych (6 pkt.); ponad 500 złotych (7 pkt.).

Wskaźnikami problemowego grania, które diagnozuje się za pomocą skali SOGS-RA, są pytania dotyczące: liczby i rodzaju uprawianych gier hazardowych (kiedykolwiek w życiu i w czasie ostatnich 12 miesięcy przed badaniem); wysokości stawek zaryzykowanych podczas grania; powrotu do gry w celu odzyskania przegranych pieniędzy; okłamywania innych odnośnie wygranych; kłótni z rodziną i przyjaciółmi oraz problemów w szkole/pracy związanych z hazardowym graniem; przeznaczania na grę większych sum pieniędzy niż wcześniej zaplanowanych; spotykania się z krytyką innych osób dotyczącą hazardowego grania; poczucia winy związanego z zaryzykowaną sumą pieniędzy; chęci zaprzestania grania; ukrywania przed rodziną i znajomymi dowodów hazardowego grania takich, jak: potwierdzenia zakładów czy innych oznak świadczących o tej aktywności; kłótni z rodziną, przyjaciółmi o pieniądze związane z hazardowym graniem; pożyczania pieniędzy na grę, a następnie ich niezwracania; opuszczania zajęć szkolnych/pracy z powodu uprawiania hazardu; pożyczania pieniędzy lub ich kradzieży w celu pokrycia długów hazardowych w tym czasie oraz źródeł ich pozyskiwania.

Za pomocą skali SOGS-RA zdiagnozować również można występowanie wybranych rodzinnych czynników ryzyka problemowej gry, do których zaliczono: podejmowanie aktywności hazardowej przez rodzica/rodziców oraz przekonanie badanego o tym, że udział rodzica/rodziców/opiekunów w grach hazardowych ma charakter problemowej/nasilonej gry.

Badanie walidacyjne obejmowało ocenę rzetelności skali SOGS-RA metodą zgodności wewnętrznej oraz pomiar jej trafności kryterialnej i teoretycznej. Ze względu na j-kształtny rozkład uzyskany w badaniach, który oznacza, że w szeregu rozdzielczym

najliczniejsza była jedna z klas skrajnych, odstąpiono od normalizacji uzyskanych wyników. Do interpretacji wyników badań własnych przyjęto punktację wg tzw. kryteriów „wąskich" zaproponowaną przez twórców narzędzia (Winters i in., 1993). Warto bowiem dodać, że przy obliczaniu wyników uzyskanych na skali SOGS-RA przyjmuje się dwie procedury oceny wyników. Te dwa systemy oceny nazywa się „szerokimi" bądź „wąskimi" kryteriami oceny wyników na skali SOGS-RA (Winters, Stinchfield i in., 1990; 1995). Pierwszy z nich to połączenie częstotliwości uprawiania hazardu i wyniku osiągniętego na skali SOGS-RA. By zostać uznanym za hazardzistę, który doświadcza problemów wynikających z gry hazardowej, badany musi grać przynajmniej raz w tygodniu i otrzymać wynik na skali SOGS-RA wynoszący 2 punkty lub więcej. Za grupę ryzyka uznano osoby grające przynajmniej raz w tygodniu z wynikiem 1 punktu, lub rzadziej niż raz w tygodniu, ale z wynikiem 2 punktów na skali. Grupę graczy grających w sposób nieproblemowy wyznacza brak zaangażowania w gry hazardowe lub uprawianie hazardu rzadziej niż codziennie przy wyniku SOGS-RA równym 0 punktów (Winters, Stinchfield i in., 1993; Winters, Stinchfield i in., 1995). W przypadku „wąskich" kryteriów wynik 4 punkty i więcej na skali SOGS-RA oznacza gracza problemowego, wynik od 2 do 3 punktów oznacza gracza ryzykownie grającego, a wynik od 0 do 1 punktu interpretuje się jako brak problemów związanych z graniem (Winters, Stinchfield i in., 1995; Wiebe, Cox i in., 2000). Przyjęcie „kryteriów wąskich" do oceny wyników uzyskanych przez badanych na skali SOGS-RA sprzyjało dokonaniu porównań wyników badań własnych z wynikami uzyskanymi przez innych badaczy, a tym samym pozwoliło na dokonanie oceny nasilenia zjawiska problemowej gry hazardowej wśród młodzieży za pomocą tych samych kryteriów.

3. Wyniki przeprowadzonych badań

Wskaźniki psychometryczne polskiej adaptacji skali SOGS-RA. Efektem końcowym badania jest polska adaptacja amerykańskiego narzędzia przesiewowego – SOGS-RA – o potwierdzonej własności psychometrycznej (sprawdzanej w dwóch etapach badań: pilotażowych i właściwych) oraz wstępna ocena rozpowszechnienia hazardu problemowego wśród młodzieży szkolnej w skali regionu (miasta Bydgoszczy i powiatu bydgoskiego), na terenie którego prowadzone były anonimowe badania ankietowe i rodzinnych czynników ryzyka problemowej gry hazardowej.

W wyniku dokonanych obliczeń potwierdzona została rzetelność pomiaru skalą SOGS-RA. Skala posiada zadowalającą zgodność wewnętrzną (dla ogółu próby: w badaniach pilotażowych α-Cronbacha=0,79; w badaniach właściwych α-Cronbacha=0,78; dla grupy gimnazjalistów: w badaniach pilotażowych α-Cronbacha=0,77; w badaniach właściwych α-Cronbacha=0,75; zaś dla grupy uczniów wszystkich typów szkół ponadgimnazjalnych (liceum, technikum, zasadnicza szkoła zawodowa): w badaniach pilotażowych i właściwych α-Cronbacha = 0,80). Moc różnicująca pozycji skali zawierała się w przedziale od 0,36 do 0,52, a średnia interkorelacji pozycji wyniosła 0,26.

Porównując otrzymaną wartość współczynnika α-Cronbacha z wynikami uzyskanymi przez innych badaczy potwierdzić można, że w badaniach własnych uzyskano zadowalającą wartość współczynnika, bardzo zbliżoną do wyników innych badaczy. W publikacjach podaje się, że rzetelność skali określana współczynnikiem α-Cronbacha waha się w przedziale 0,70-0,80. Twórcy narzędzia (Winters, Stinchfield i Fulkerson, 1993) odnotowali zadowalającą rzetelność narzędzia (0,80), która obliczona została wyłącznie dla grupy 460 chłopców w wieku 15-18 lat (za: Stinchfield, 2011; Derevensky i Gupta, 2004). Również obszerne badania wykonane na atlantyckim wybrzeżu Kanady w 1998 roku na próbie 13.549 adolescentów (średni wiek respondentów wynosił 15,2 lata, 50% z nich stanowili chłopcy) uczęszczających do publicznych gimnazjów i szkół średnich zlokalizowanych w czterech prowincjach atlantyckich Kanady wskazały na satysfakcjonującą wewnętrzną zgodność skali SOGS-RA. Potwierdzono ją oddzielnie dla grupy dziewcząt (0,76) i chłopców (0,81) (Poulin, 2002). Skalę SOGS-RA zastosowano także w badaniach prowadzonych na Litwie. Przy jej użyciu przebadano grupę 835 adolescentów w wieku od 10 do 18 lat (średni wiek wynosił 14,5 ± 2,2 lata) i tym samym potwierdzono jej rzetelność na poziomie α-Cronbacha = 0,75 (Skokauskas i in., 2009).

Polska adaptacja skali SOGS-RA posiada również zadawalającą trafność kryterialną, która oceniana była poprzez korelowanie ze sobą innych skal, np. częstotliwości grania w gry hazardowe, wysokości kwot wydawanych na grę hazardową w czasie ostatniego roku, itp. Skala SOGS-RA umiarkowanie i statystycznie istotne koreluje ze skalą częstotliwości grania w gry hazardowe w ciągu ostatniego roku (CGHR) (0,49; $p<0,001$), skalą zwiększonej częstotliwości grania w gry hazardowe w ciągu ostatniego roku (ZCGHR) (0,46; $p<0,001$) oraz skalą częstotliwości grania w gry hazardowe w ciągu życia (CGHŻ) (0,43; $p<0,001$). Dokonane analizy wskazują, że najsilniej skala SOGS-RA korelowała jednak z pytaniem

dotyczącym sum pieniędzy zazwyczaj wydawanych przez badanego na gry hazardowe w ciągu miesiąca (0,51; $p<0,001$). Szacując trafność kryterialną skali SOGS-RA, badano również związek pomiędzy skalą SOGS-RA a dwoma pytaniami zawartymi w kwestionariuszu ankiety. Były to pytania dychotomiczne, w związku z tym zastosowano współczynnik korelacji punktowo-biseryjny (r_{pb}). Pierwsze z nich miało na celu ustalenie tego, czy badany po wygranej odczuwał potrzebę powrotu do gry, aby wygrać jeszcze więcej pieniędzy (r_{pb} = 0,46; $p<0,001$). Drugie odnosiło się do utraty kontroli nad wydawanymi pieniędzmi na grę. Badanego zapytano, czy często zdarza mu się grać do ostatniej złotówki (r_{pb} = 0,45, $p<0,001$). Uzyskane wartości wskazują, że skala SOGS-RA silnie koreluje zarówno z pierwszym, jak i drugim pytaniem.

Dokonując oceny trafności teoretycznej skali SOGS-RA zastosowano konfirmacyjną analizę czynnikową (CFA). Założony jednoczynnikowy model znalazł potwierdzenie w danych empirycznych. Dopasowanie modelu okazało się być zadowalające. Wartość χ^2 wyniosła 934,681, $p<0,01$. Ze względu na dużą wartość próby badawczej (N=2579) należy przyjąć, że nie jest to wskaźnik decydujący, co nie oznacza konieczności rezygnacji z modelu jednoczynnikowego. O zadowalającym dopasowaniu modelu jednoczynnikowego do danych empirycznych świadczą wskaźniki dopasowania: RMSEA = 0,08 i wskaźnik GFI = 0,94.

Nasilenie gier hazardowych w populacji badanej młodzieży. Badania pozwoliły oszacować skalę zagrożenia problemową grą hazardową wśród młodzieży szkolnej w skali regionu. Dane wskazują, że 2,6% uczestników badania (N=67) to osoby grające problemowo w gry hazardowe w czasie ostatniego roku przed badaniem, a 4,1% (N=105) to osoby, które są graczami zagrożonymi grą problemową. Wyniki uzyskane przez graczy problemowych mieściły się w przedziale od 4 do 12 punktów, ze średnią 5,7 ± 0,88 i medianą 5. Wartość odchylenia standardowego wynosiła 1,977. Wyniki uzyskane przez graczy ryzykownych mieściły się w przedziale od 2 do 3 punktów ze średnią 3,3 ± 0,4 i medianą 3.

Rozpowszechnienie gier hazardowych w badanej grupie młodzieży szkolnej. Wyniki badania potwierdziły, że gry hazardowe nie są obce młodzieży. Zdecydowana większość badanych respondentów (90%, N=2314) przynajmniej raz w życiu grała w tego typu gry. W grupie osób, które nigdy nie grały w gry losowe (10%, N=256) nieznaczną większość, bo 54% stanowiły dziewczęta (N=138). Największy odsetek badanej młodzieży przynajmniej raz w życiu grał w gry losowe typu zdrapki (76%), znaczny odsetek badanych (63%) brał także udział w grach typu Lotto lub innych grach liczbowych i zakładach

pieniężnych. Dość znaczny odsetek badanych grał w karty na pieniądze (38%) oraz brał udział w loteriach i konkursach telefonicznych oraz SMS-owych (37%). Z danych wynika, że badana młodzież w zdecydowanej większości nigdy w życiu nie miała do czynienia z zakładami na wyścigach – np. konnych (95%), grą w bingo na pieniądze (96%) czy grą online, np. w internetowych kasynach (92%).

Nasilenie gier hazardowych w populacji badanych dziewcząt i chłopców. W minionym roku przed badaniem 26,6% młodzieży nie grała w żadną z podanych gier hazardowych. Spośród badanych grających w tym czasie w różnego rodzaju gry nieco większy odsetek stanowiły dziewczęta (50,84%). Warto podkreślić jednak, że zdecydowanie mniejszy odsetek dziewcząt w porównaniu do chłopców w tym czasie grał codziennie. Nasilenie częstotliwości gry hazardowej w badanej grupie młodzieży z uwzględnieniem jej płci w minionym roku przedstawia się następująco: w gry hazardowe rzadziej niż raz w miesiącu w tym czasie grało 14,4% uczniów, z czego dziewczęta stanowiły 55,08%, a chłopcy 44,92%. Raz w miesiącu bądź częściej w gry losowe grało 16,7% badanych, w tym 57,46% stanowiły dziewczęta, a 42,54% chłopcy. Cotygodniowo w gry hazardowe w minionym roku grało 13% badanych uczniów. Wśród nich większy odsetek stanowiły dziewczęta (61,64%) niż chłopcy (38,36%). Raz dziennie tym aktywnościom oddawało się 29,4% uczniów. Jednak każdego dnia w różnego rodzaju gry hazardowe grał większy odsetek chłopców (63,66%) niż dziewcząt (36,34%). Badania potwierdziły, że płeć badanych statystycznie istotnie ($p<0,0001$) różnicuje ich ze względu na nasilenie aktywności hazardowej. Problemowe granie jest domeną chłopców.

Nasilenie gier hazardowych w populacji badanej młodzieży z uwzględnieniem kryterium typu szkoły. Z przeprowadzonych analiz wynika, że typ szkoły, do której uczęszczają badani statystycznie istotnie nie różnicuje ich pod względem problemowego uczestnictwa w grach losowych. Wynik testu Fishera $F=2,527$ jest statystycznie nieistotny ($p>0,05$). Średnie wartości arytmetyczne uzyskane na skali SOGS-RA przez uczniów poszczególnych szkół są do siebie zbliżone, a stwierdzone pomiędzy nimi niewielkie różnice okazują się być statystycznie nieistotne (gimnazjum – 0,56; zasadnicza szkoła zawodowa – 0,77; liceum – 0,48 technikum – 0,46).

Specyfika uprawiania gier hazardowych przez badaną młodzież. Wyniki badania pokazały, że zdecydowana większość młodzieży w czasie ostatniego roku przed badaniem grała o niskie stawki. Wysokość zastawu wynosiła zazwyczaj do 5 zł (24,8%) lub 5-10 zł

(15,9%). O wysokie stawki grali nieliczni badani. Zdecydowana większość badanych (83%) nie miała epizodów powrotu do gry hazardowej w celu odzyskania przegranych pieniędzy, tylko czasami zdarzyło się to 12% respondentom. 10% badanych zdarzyło się składać fałszywe deklaracje dotyczące wygranych, czy doświadczać kłótni i problemów z rodziną i bliskimi oraz kłopotów w szkole, które związane były z hazardowym graniem. W czasie ostatnich 12 miesięcy 5% respondentów grało na stawki wyższe niż wcześniej planowane, co świadczyć może o postępującym u tych osób braku kontroli nad swoim graniem; 3% badanych spotkało się z krytyką ze strony innych osób dotyczącą podejmowania przez nich problemowej gry hazardowej, a 6% respondentów w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem odczuwało poczucie winy związane z sumami pieniędzy zastawianymi na gry hazardowe. Wewnętrzne poczucie winy może sugerować, że ta grupa badanych sama zdaje sobie sprawę, że ich gra może mieć znamiona gry problemowej. Jednocześnie 3% badanych zdarzyło się odczuwać dyskomfort związany z chęcią zaprzestania gry hazardowej. Jest to niewątpliwie oznaka problemowego hazardu. 5% badanej młodzieży zdarzało się również w ostatnim roku ukrywać dowody swojego grania przed rodziną i bliskimi osobami. Może to już świadczyć o występowaniu problemowej gry. 2% młodzieży zdarzyło się doświadczać kłótni z najbliższymi o pieniądze przeznaczone przez nią na gry hazardowe i taki sam odsetek badanych zadeklarował, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed badaniem opuszczał zajęcia szkolne w wyniku uprawiania gier hazardowych. Niewątpliwie jest to bardzo ważny symptom występujący w uzależnieniu od gier losowych, który przyczynić się może do niepowodzeń szkolnych, a także późniejszego wykluczenia społecznego. Również 2% badanej młodzieży zadeklarowało, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy gry losowe doprowadziły ją do pożyczek pieniędzy oraz do kradzieży w celu pokrycia długów. Jak się okazuje, najpopularniejszym źródłem zdobywania pieniędzy są pożyczki od przyjaciół (21%). Wynikać to może oczywiście z tego, że najłatwiej jest się do nich zwrócić o pomoc finansową. Inne źródła pozyskania pieniędzy to rodzice, rodzeństwo, inni krewni oraz pożyczka na wysoki procent. Niepokoić może również to, że część respondentów zdobywa środki finansowe na pokrycie hazardowych długów poprzez okradanie innych (5%), gdyż w przyszłości skutkować to może rozwojem kariery przestępczej.

Nasilenie rodzinnych czynników ryzyka problemowej gry. Dane z badań odnoszące się do pomiaru rodzinnych czynników ryzyka problemowej gry wskazują na to, że w gry losowe grają rodzice 1/3 badanych osób – częściej są to ojcowie niż matki. Płeć męska jest istotnym czynnikiem ryzyka warunkującym hazardowe granie. Z licznych badań wynika,

że dzieci hazardzistów są od 2 do 4 razy bardziej narażone na rozwój uzależnienia od hazardu, a hazardowe granie ojca zwiększa ryzyko rozwinięcia się uzależnienia u dziecka bardziej niż hazardowe granie matki (Woronowicz, 2011). Dodatkowo 2% badanej młodzieży jest przeświadczone, że udział rodziców w grach hazardowych ma charakter problemowy. Badani wskazali także, że taka problemowa gra częściej jest udziałem ojców niż matek. Wyciągnąć można również wniosek, że w rodzinach dotkniętych uzależnieniem od hazardu problem ten dotyczy najczęściej tylko jednego opiekuna dziecka.

4. Wnioski wynikające z przeprowadzonych badań

Wniosek 1.: Zaadaptowane do warunków polskich amerykańskie narzędzie SOGS-RA służące do screeningu hazardu problemowego wśród młodzieży szkolnej umożliwia wczesną identyfikację graczy rozrywkowych, ryzykownych i problemowych. Dzięki niemu można w łatwy i szybki sposób dokonać wstępnego rozpoznania grup ryzyka (osób zagrożonych ryzykownym i problemowym graniem), zidentyfikować liczbę i rodzaj problemów oraz wielkość szkód doświadczanych przez młodzież w związku z uczestnictwem w różnego rodzaju grach hazardowych/losowych, ocenić częstotliwość grania w gry hazardowe w ciągu życia i ostatniego roku przed badaniem oraz dominującą aktywność hazardową w tym czasie. Pozwala ono również na ocenę wybranych rodzinnych czynników ryzyka problemowej gry hazardowej, jaką jest uczestnictwo rodziców w grach hazardowych.

Wniosek 2.: Przeprowadzone badania umożliwiły oszacowanie skali uczestnictwa młodzieży w grach hazardowych w skali regionu miasta Bydgoszczy i powiatu bydgoskiego. Warto zatem prowadzić dalsze badania, zwłaszcza ogólnopolskie, dzięki którym poznamy skalę nasilenia problemowego hazardu wśród młodzieży szkolnej. Na taką potrzebę wskazują też dane, z których wynika, że uczestnictwo młodzieży w grach losowych może się nasilać. Na przestrzeni ostatnich lat zwiększyła się bowiem dostępność miejsc z automatami do gry i powszechność Internetu, a co za tym idzie, wzrosło zagrożenie tzw. e-hazardem, duży nacisk położono też na promocję w środkach masowego przekazu gier losowych oferowanych przez Totalizator Sportowy oraz loterii i konkursów SMS-owych organizowanych przez operatorów telefonii cyfrowych, stacje telewizyjne i radiowe oraz zakłady bukmacherskie. Dzięki niewysokim stawkom początkowym automaty są dostępne już dla osób o małych zasobach pieniężnych, a do takich należą ludzie młodzi. Ważnym zadaniem dla nauczycieli i wychowawców jest prowadzenie edukacji i rozwijanie świadomości dotyczącej

niebezpieczeństw związanych z grami hazardowymi nie tylko wśród dzieci i młodzieży, lecz także wśród rodziców i innych dorosłych, którzy swym zachowaniem i postawą modelują zachowania hazardowe i oddziałują na rozwój nastolatków.

Wniosek 3.: Rozpoznanie tego problemu umożliwia podjęcie wczesnej interwencji, działań pomocowych w stosunku do osób zagrożonych problemem grania, które doświadczają już pierwszych negatywnych konsekwencji własnych działań (konsekwencji społecznych, psychicznych, zdrowotnych, ekonomicznych, itp.). Szczególną grupą odbiorców programów i krótkich interwencji profilaktycznych dotyczących hazardu powinni być młodzi ludzie. Z doniesień badawczych wynika, że na rozwój problemów związanych z hazardem dwukrotnie częściej narażone są nastolatki w porównaniu z osobami dorosłymi. Liczne badania wykazały także, że hazardowe granie powoduje poważne szkody emocjonalne i społeczne oraz wiąże się z wystąpieniem problemów z nauką i zdrowiem psychicznym. Często idzie w parze z używaniem środków psychoaktywnych, agresją i przemocą oraz ze skłonnością do demonstrowania zachowań wysokiego ryzyka.

5. Możliwości wykorzystania skali SOGS-RA

Potwierdzona własność psychometryczna polskiej wersji skali SOGS-RA pozwala ją rekomendować do dalszych badań w populacji młodzieży szkolnej w skali regionu i kraju. Warto byłoby bowiem prowadzić dalsze badania na dużych populacjach młodzieży szkolnej, które zweryfikowałyby własności psychometryczne tego instrumentu, a zarazem ukazałyby skalę zagrożenia hazardem problemowym wśród młodzieży szkolnej w skali kraju. Badanie przesiewowe przy zastosowaniu tego narzędzia stanowić może punkt wyjścia do dalszych pogłębionych badań diagnostycznych i klinicznych. Wczesne rozpoznanie ryzykownej gry i zagrożenia problemowym hazardem umożliwia podjęcie szybkiej interwencji, działań w stosunku do osób zagrożonych problemem grania, które doświadczają już pierwszych negatywnych konsekwencji własnych działań (społecznych, psychicznych, zdrowotnych, ekonomicznych, itp.).

Skala SOGS-RA pozwala również na identyfikację rodzinnych czynników gry hazardowej oraz typowych objawów problemowej gry. Warto ją również wykorzystywać do identyfikowania związków zachodzących pomiędzy problemową grą hazardową młodzieży, a innymi jej predyktorami. Z dostępnych mi informacji wynika, że skala znajduje już dalsze zastosowanie i uzyskuje zadawalające własności psychometryczne. Dla przykładu w latach

2014-2015 została ona użyta w badaniach ogólnopolskich prowadzonych pod kierownictwem prof. P. Izdebskiego, zatytułowanych: *„Impulsywność i skłonność do ryzyka a podejmowanie zachowań związanych z hazardem wśród adolescentów”,* które prowadzone były w celu badania związków pomiędzy impulsywnością a problemową grą hazardową młodzieży. W pierwszym etapie tych badań przeprowadzonych na przełomie listopada i grudnia 2014 roku na grupie 641 uczniów w wieku 15-22 lata z publicznych szkół ponadgimnazjalnych w całym kraju potwierdzona została rzetelność skali (alpha Cronbacha = 0,87; średnia korelacji między pozycjami wyniosła 0,39).

Wyniki uzyskane z opisywanych w tym artykule badań własnych zobrazowały skalę rozpowszechnienia zjawiska uczestnictwa młodzieży szkolnej w mieście Bydgoszcz i powiecie bydgoskim w grach hazardowych oraz umożliwiły oszacowanie odsetka młodych osób ryzykownie i problemowo grających w gry losowe. Dane te stanowią cenne źródło informacji potrzebnych do kreowania polityki społecznej regionu, a zwłaszcza działań wychowawczo-profilaktycznych. W związku z tym powinny one być użyteczne przede wszystkim dla decydentów odpowiedzialnych za implementację działań profilaktycznych i traktowane jako wyniki wstępnej diagnozy społecznej problemu uczestnictwa młodzieży szkolnej w grach losowych.

Bibliografia:

Abott M. W., Voberg R. A. (1996). The New Zeland national survey of problem and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies* nr 12 (2), s. 143-160.

Dane A., McPhee J., Root L., Derevensky J. (2004). *Parental socialization of youth gambling. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre,* Ontario: Ontario Problem Gambling Research Centre.

Derevensky J., Gupta R. (2000). Prevalence estimates of adolescent gambling: A comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the GA. 20 Questions. *Journal of Gambling Studies* nr 16, s. 227-251.

Derevensky J., Gupta R. (2004). *Gambling Problems in Youth. The theoretical and applied Perspectives.* New York: Kluwer Academic Publisher.

Derevensky J. L., Gupta R., Dickson L., Hardoon K., Deguire A. (2003). Understanding youth gambling problems: A conceptual framework. W: *Reducing adolescent risk. Toward an integrated approach.* D. Romer (red.). Annenberg Public Policy Center, University of Pennsylvania: Sage Publications, s. 240-246.

Ferris J., Wynne H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index: Final Report*. Canadian Centre on Substance Abuse.

Fisher S. (1993). Gambling and pathological gambling in adolescents. *Journal of Gambling Studies* nr 9 (3), s. 277-288.

Griffiths M. (2003). Adolescent gambling. Risk factors and implications for prevention, intervention and treatment. W: D. Romer (red.) *Reducing adolescent risk. Toward an integrated approach*. Annenberg Public Policy Center, University of Pennsylvania: Sage Publications, s. 223-238.

Govoni R., Frisch G.R. (1996). Gambling behavior of adolescent gamblers. *Journal of Gambling Studies* nr 12 (3), s. 3015-317.
Hardoon K., Derevensky J. (2002). Child and adolescent gambling behavior: Our current knowledge. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* nr 7 (2), s. 263-281.
Ladouceur R., Boudreault N., Jacques C., Vitaro F. (1999). Pathological gambling and related problems among adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, nr 8 (4), s. 55-68.
Ladoucer R., Dube D., Bujold A. (1994). Gambling among primary school students. *Journal of Gambling Studies* nr 10 (4), s. 363-370.
Ladoucer R., Vitaro F., Arsenault L. (1998). *Consommation de psychotropes et jeux de hazard chez les jeunes: Prevalence, coexistence et consequence.* Quebec City: Comite permanent de lutte a la toxicomanie.
Lesieur H. (1998). Costs and treatment of pathological gambling. *The Annals of the American Academy of Social Science* nr 556, s. 153-171.
Lesieur H. R., Blume S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry* nr 144 (9), s. 1184-1188.
Lesieur H. R., Klein, R. (1987). Pathological gambling among high school students. *Addictive Behaviors* nr 12(2), s. 129-135.
Niewiadomska I., Brzezińska M., Lelonek B. (2005) *Hazard.* Lublin: Wydawnictwo KUL.
Poulin C. (2002). An assessment of the validity and reliability of the SOGS-RA. *Journal of Gambling Studies* nr 18 (1), s. 67–93.
Poulin C. (2000). Problem gambling among adolescent students in the Atlantic provinces of Canada. *Journal of Gambling Studies* nr 16, s. 53-78.
Shaffer H. J., Hall M. N. (1996). Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders: a quantative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature. *Journal of Gambling Studies* nr 12, s. 193-214.
Shaffer H. J., Hall M. N., Vander Bilt J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A research synthesis. *American Journal of Public Health* nr 89 (9), s. 1369–1376.
Skokauskas N., Burba E., Freedman D. (2009) An Assessment of the Psychometric Properties of Lithuanian Versions of DSM-IV-MR-J and SOGS-RA. *Journal of Gambling Studies* nr 25, s. 263-271.
Stinchfield R. (2000). Gambling and correlates of gambling among Minnesota public school students. *Journal of Gambling Studies* nr 16, s. 153–173.
Stinchfield R., Winters K. C. (1998). Gambling and problem gambling among youths. *The Annals of the American Academy of Social Science* nr 556, s. 172-185.
Stinchfield R. (2011). Gambling among Minnesota Public School Students from 1992 to 2010: Declines in Youth Gambling. *Psychology of Addictive Behaviors* nr 25 (1), s. 108-117.
Vitaro F., Arsenault L., Tremblay R. E. (1997). Dispositional predictions of problem gambling in male adolescents. *American Journal of Psychiatry* nr 154, s. 1769-1770.
Westphal J.R., Rush J.A., Stevens L., Johnson L.J. (2000). Gambling behavior of Louisiana students in grades 6 through 12. *Psychiatric Services* nr 51 (1), s. 96-99.
Wiebe J. M. (2000). *Prevalence of gambling and problem gambling among older adults in Monitoba.* Winnipeg, Manitoba: Addictions Foundation of Manitoba.
Wiebe J. M., Cox B. J., Mehmel B. G. (2000). The South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents (SOGS-RA): Further psychometric findings from a community sample. *Journal of Gambling Studies* nr 16 (2/3), s. 275-288.
Wiebe J.M., Single E., Falkowski-Ham A. (2001). *Measuring gambling and problem gambling in Ontario.* Canadian Centre on Substance Abuse, Responsible Gambling Council.
Winters K. C., Stinchfield, R. D., Fulkerson J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies* nr 9, s. 63-84.
Winters K. C., Stinchfield R. D., Kim L. G. (1995). Monitoring adolescent gambling in Minnesota. *Journal of Gambling Studies* nr 11, s. 165–184.
Woronowicz B. T. (2011). Hazard – wyzwaniem dla profilaktyki. *Remedium* nr 11, s. 1-3.
Wynne H. J., Smith G. J., Jacobs D. F. (1996).*Adolescent gambling and problem gambling in Alberta: Final report.* Edmonton, AB: Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission.

Jacek Buczny

Ewa Międzobrodzka

Kwestionariusz *Gambling Craving Scale* GACS do pomiaru uzależnienia od hazardu – badania adaptacyjne i walidacyjne

Abstract

***Gambling Craving Scale* GACS as a measure of gambling addiction – adaptation and validation studies**

The research presented in this article is partly funded by a grant from the Gambling Problem Solving Fund, led by Jacek Buczny (project title: "Self-control and problem and pathological gambling. Methods of increasing the control behaviour", agreement No. 75/H/E/13 and 7/H/K/E/14). The aim of the research was the adaptation and validation of a Gambling Craving Scale (GACS) tool into Polish conditions. The authors of the tool have defined gambling as a desire, emphasizing the affective component of this addiction. The Polish study was attended by five competent judges who assessed the quality of translations, and two groups of participants: players (n=80) and non players (n=557). The analyses carried out showed that the tool parameters and measurements meet the psychometric standards to ensure high reliability and theoretical, diagnostic, prognostic or criterion accuracy. The conclusions drawn from the analysis of quantitative data suggest that the GACS scale has a higher predictive validity than other commonly used screening tool. Therefore, the adapted tool can be applied to introduce adequate therapeutic practices and predict the recurrence of addiction.

1. Uzasadnienie badań adaptacyjnych kwestionariusza *Gambling Craving Scale* GACS

Przyjmuje się, że uzależnienie behawioralne składa się z trzech zasadniczych komponentów (Berridge, Robinson i Aldridge, 2009). Pierwszym z nich jest komponent poznawczy, który przejawia się nadmierną koncentracją osoby na jakiejś czynności. Mimo podejmowanych prób przerwania obsesyjnego zainteresowania daną czynnością, myśli z nią związane powracają, czasem odzywając się ze zdwojoną siłą (por. Wegner, 1994). W uzależnieniu od hazardu obserwuje się obsesyjne myślenie o grze, które przejawia się nie tylko w koncentracji na hazardzie, lecz także w opracowywaniu „systemów” wygrywania i negowania piętrzących się strat finansowych. Obsesję mogą nasilać błędy w zakresie percepcji, myślenia i podejmowania decyzji (por. Fortune i Goodie, 2012). Przykładem takiego błędu jest „złudzenie gracza” polegające na tym, że osoba grająca próbuje przewidzieć losowy wynik na podstawie poprzednich losowań.

Drugi komponent ma naturę emocjonalną (hedonistyczną). Osoba uzależniona odczuwa nieprzyjemne napięcie emocjonalne, które może być złagodzone przede wszystkim po wykonaniu czynności konstytuującej uzależnienie. Komponent ten jest ściśle oparty na

mechanizmach mózgowych kształtujących doznania afektywne (Delgado, 2007), które w mózgu podlegają złożonej kontroli zachodzącej w korze przedczołowej (George i Koob, 2013). Gra hazardowa z jednej strony może służyć jako rozrywka (Baumeister, Heatherton i Tice, 2000), a z drugiej – jako sposób łagodzenia napięcia będącego przejawem symptomów odstawienia grania (Milkman i Sunderwirth, 2010).

Komponent behawioralny jest trzecim elementem uzależnienia od czynności. W ogólnym ujęciu przejawia się w uporczywym działaniu, którego osoba nie jest w stanie przerwać. Kompulsja jako czynność zautomatyzowana nie poddaje się szybkiej i skutecznej samokontroli, gdyż może być wywołana przeze wiele bodźców i była wielokrotnie pozytywnie wzmacniana. W efekcie destruktywny charakter kompulsji świadczy o utracie samokontroli nad zachowaniem. Próby jej odzyskania wymagają odpowiedniego wsparcia zewnętrznego, które może zainicjować zmianę osobistą i wskazać na sposoby jej podtrzymania. Kompulsję grania mogą nasilać irracjonalne przekonania polegające na wierze, że gracz ma wpływ na grę. Sukces w grze wynika z własnych kompetencji, a przegrana jest wypadkową nieszczęśliwej interakcji czynników zewnętrznych (Baumeister i in., 2000).

Jednym z podstawowych narzędzi służących celom przesiewowym i naukowym jest *South Oaks Gambling Screen* (SOGS; Chiesi, Donati, Galli i Primi, 2013). Narzędzie to poddano krytyce ze względu na to, że zbyt często i fałszywie wskazuje na uzależnienie od hazardu (Blinn-Pike, Worthy i Jonkman, 2010). Mimo że narzędzie oparto na kryteriach diagnostycznych (por. DSM-V; *American Psychiatric Association*, 2013), jak na przykład, występowanie obsesji, kompulsji, czy negatywnych konsekwencji grania (Slutske, Zhu, Meier i Martin, 2011), to warto zauważyć, że SOGS nie diagnozuje zbyt dobrze komponentu afektywnego, które zdaje się mieć kluczowe znaczenie w kształtowaniu uzależnienia (por. Milkman i Sunderwirth, 2010). Diagnoza dokonywana za pomocą SOGS skupia się na faktach, a nie na dynamicznych procesach natury psychologicznej, które mogą przekładać się na problem utraty kontroli nad graniem (Baumeister i in., 2000).

Według standardów diagnostycznych, o uzależnieniu od hazardu świadczą dwa częściowo niezgodne ze sobą kryteria: z jednej strony – usilne próby zaprzestania grania (próby odzyskania samokontroli), a z drugiej – zaangażowanie i pochłonięcie grami hazardowymi (brak samokontroli). Zdaniem Younga i Wohla (2009), psychologiczną osią wyznaczającą zarówno próby kontroli zachowania, jak i pochłonięcie grą jest pożądanie hazardu (ang. *craving to gamble*). Pożądanie danej czynności może być rozpatrywane przede wszystkim w kategoriach regulacji nastroju. Jej strategie są mocno zakorzenione w genotypie

oraz wynikają z takich cech osobowości, jak impulsywność oraz niewłaściwa opieka rodzicielska osłabiająca samokontrolę dziecka (Milkman i Sunderwirth, 2010).

Pożądanie czynności ma dwa zasadnicze aspekty (por. Tiffany i Conklin, 2000): 1) przejawia się jako symptom odstawienia i 2) jest wyrazem motywacji do pozytywnego stanu afektywnego. Gracze kierowani pożądaniem hazardu zatapiają się w grę, zapominają o świecie zewnętrznym, tracąc kontakt z rzeczywistością na wiele godzin. Stan ten przypomina zanurzenie (ang. *flow*) w czynność, która uwarunkowana jest motywacją wewnętrzną (por. Ryan i Deci, 2000). Człowiek kierowany taką motywacją może działać bardzo długo, cały czas dysponując energią i męcząc się w niewielkim stopniu (por. Muraven, 2008). Pochłaniająca gra hazardowa może być bardzo silnym wzmocnieniem szczególnie wtedy, gdy umożliwia odwrócenie uwagi od nieprzyjemnych problemów osobistych (Wood i Griffiths, 2007).

Young i Wohl (2009) rozpoczęli pracę nad nowym narzędziem diagnozującym uzależnienie od hazardu: *Gambling Craving Scal*e (GACS), koncentrując się na afektywnych formach regulacji zachowania. Oparli się na założeniu, że osią uzależnień, przede wszystkim od substancji, jest pożądanie przeżywania pozytywnych emocji (przyjemności, „odlotu”) i uzyskiwanie stanu wyjścia z negatywnego nastroju (ulga). Autorzy GACS bazowali na kilku rodzajach metod koncentrujących się na pożądaniu substancji i czynności: psychiatrycznych miarach samoopisowych i standaryzowanych skalach. Stawiwszy czoła ograniczeniom istniejących narzędzi do pomiaru uzależnienia od hazardu (np. niedostateczne podstawy teoretyczne, niejasności interpretacyjne), Young i Wohl zaproponowali własne, zakładając, że uzależnienie przejawia się w przewidywaniu przyjemności i stanu ulgi wynikających z grania. W efekcie wykonanej analizy czynnikowej badacze zdiagnozowali strukturę trzyelementową: 1) skalę Antycypacji (pozytywnych stanów afektywnych; ang. *Anticipation*), 2) skalę Żądzy (pożądania gry; ang. *Desire*) i 3) skalę Ulgi (redukcji nieprzyjemnego napięcia; ang. *Relief*), którą potwierdzili na niezależnej próbie za pomocą konfirmacyjnej analizy czynnikowej (Young i Wohl, 2009, badanie 2, s. 517–518).

Narzędzie GACS uzyskało wysokie parametry psychometryczne w zakresie trafności teoretycznej (czynnikowej, zbieżnej), diagnostycznej, kryterialnej i prognostycznej oraz wysoką rzetelność rozumianą jako spójność pomiaru. W badaniu 1 (Young i Wohl, 2009, s. 516–517) okazało się, że pomiary wykonane za pomocą GACS silnie korelowały z: 1) pomiarami uzyskanymi za pomocą innych narzędzi diagnozujących uzależnienie od hazardu (np. *Problem Gambling Severity*, PGSI; Ferris i Wynne, 2001) oraz 2) pozytywnie korelowały zarówno z pozytywnym, jak i negatywnym afektem mierzonym narzędziem

Positive and Negative Affect Schedules PANAS (Watson, Clark i Tellegen, 1988). W badaniu 3 (Young i Wohl, 2009, s. 519) wykazano, że im wyższy poziom pożądania hazardu wyrażonego za pomocą skali Ulgi, tym silniejsze zaangażowanie w symulacyjną grę hazardową (ang. *virtual casino*), wyrażoną czasem grania.

2. Metodologia prowadzonych badań

Cel badań. Celem przedstawionych tutaj badań było przeprowadzenie polskiej adaptacji i walidacji narzędzia GACS. Zrealizowano ją w dwóch etapach. W pierwszym dokonano tłumaczenia oryginalnej wersji narzędzia i analizy jego poprawności za pomocą testu sędziów kompetentnych. W etapie drugim przeprowadzono ilościowe badania walidacyjne w różnych częściach Polski.

W badaniach ilościowych testowano pięć hipotez:

- Po pierwsze, struktura pożądania hazardu (GACS) jest trójelementowa (trafność teoretyczna; por. Young i Wohl, 2009).
- Po drugie, im silniejsze pożądanie hazardu, tym większe uzależnienie od hazardu mierzone za pomocą SOGS (trafność diagnostyczna).
- Po trzecie, im silniejsze pożądanie hazardu, tym słabsza samokontrola jako cecha (trafność zbieżna; por. Baumeister i in., 2000).
- Po czwarte, im silniejsze pożądanie hazardu, tym silniejsze zaangażowanie w grę hazardową (trafność prognostyczna; por. Young i Wohl, 2009).
- Po piąte, zaangażowanie w grę hazardową można lepiej wyjaśnić za pomocą pożądania hazardu niż w oparciu o fakty i indywidualne doświadczeniach związane z uprawianiem hazardu mierzone za pomocą SOGS (trafność przyrostowa; por. Milkman i Sunderwirth, 2010).

Uczestnicy badań: sędziowie kompetentni. W teście sędziów kompetentnych wzięło udział czterech psychologów oraz osoba dwujęzyczna, operująca znakomicie językiem polskim i angielskim (łącznie cztery kobiety, jeden mężczyzna; średnia wieku wyniosła 40,60 lat). Trzy osoby posiadały stopień doktora, w tym jedna doktora habilitowanego, dwie osoby miały tytuł magistra (jeden psycholog kliniczny, jedna osoba pracująca w doradztwie).

Uczestnicy badań: próba graczy. Grupę stanowiły osoby deklarujące uczestniczenie w grach hazardowych („jednoręki bandyta”, ruletka itp.), zarówno poddające się terapii hazardu (34%), jak i nie biorące udziału w terapii (66%). Łącznie próba stanowiła 80 osób (83% mężczyzn) o średniej wieku wynoszącej 29,08 (*SD* = 11,53). Najmłodsza osoba miała 18 lat, najstarsza 56. Wykształcenie podstawowe/zawodowe posiadało 36,30% osób, średnie – 48,80%, wyższe – 15%. Pracowało 45% osób, studiowało – 13,80%, a nie pracowało i nie studiowało 41,30%. Większość osób miała dochód niższy niż 2000 zł miesięcznie „na rękę”. Byli to mieszkańcy województw: pomorskiego, łódzkiego, małopolskiego, zachodniopomorskiego, olsztyńskiego i mazowieckiego. 78% z tej grupy deklarowało picie alkoholu, a 55% korzystanie z innych używek (narkotyków i papierosów).

Uczestnicy badań: próba zwykła. Grupę porównawczą stanowiły osoby, które na wstępie nie zadeklarowały uczestniczenia w grach hazardowych. Łącznie próba stanowiła 557 osób (52,20% mężczyzn), średnia wieku wyniosła 30,31 (*SD* = 10,31), najmłodsza osoba miała 18 lat, najstarsza – 67 lat. Wykształcenie podstawowe/zawodowe posiadało 6,30% badanych, średnie – 45,20%, wyższe – 43,30%. Pracowało 54,70% osób, studiowało – 30,50%, a nie pracowało i nie studiowało 9,50%. Większość osób w próbie zwykłej miała dochód wyższy niż 2000 zł miesięcznie na rękę i zamieszkiwała województwa: pomorskie, łódzkie, małopolskie, zachodniopomorskie, kujawsko-pomorskie, olsztyńskie i mazowieckie. 5% osób zadeklarowało korzystanie z terapii psychologicznej, 73,80% całej próby deklarowało picie alkoholu, a 37,90% przyznało się do korzystania z innych używek (narkotyków i papierosów).

Narzędzia: pomiar uzależnienia od hazardu. Do pomiaru uzależnienia od hazardu opartego na kryteriach diagnostycznych DSM zastosowano *South Oaks Gambling Screen* SOGS (Lesieur i Blume, 1987) we własnej adaptacji. Kwestionariusz składa się 16 pytań, z czego pozycje od 3 do 16 mają charakter diagnostyczny (np. „Czy Twój udział w grach hazardowych jest dla Ciebie problemem?”). Rzetelność pomiaru liczona wyłącznie na podstawie odpowiedzi diagnostycznych w badaniu własnym wyniosła α = 0,89.

Narzędzia: pomiar samokontroli jako cechy. Wykorzystano *Self-Control Scale* SCS (Tangney i in., 2004), z uwzględnieniem poprawki zespołu de Ridder (2011), wydzielającej dwa czynniki: samokontrolę opartą na hamowaniu reakcji i samokontrolę opartą na inicjowaniu reakcji (adaptacji własna). W analizach uwzględniono wyłącznie samokontrolę

jako cechę związaną z hamowaniem reakcji, gdyż jest to główna funkcja samokontroli (por. Baumeister i in., 2000). Kwestionariusz składa się z 13 twierdzeń, z czego sześć dotyczy pomiaru hamowania (np. „Jestem efektywny(a) w opieraniu się pokusom"). Uczestnicy udzielali odpowiedzi za pomocą skali 1–5 (1 = „zdecydowanie nie zgadzam się", 5 = „zdecydowanie zgadzam się"). Rzetelność pomiaru w badaniu własnym wyniosła α = 0,70.

Narzędzia: pomiar pożądania hazardu. Do pomiaru uzależnienia rozumianego jako pożądanie wykorzystano własną adaptację *Gambling Craving Scale* (GACS; Young i Wohl, 2009). Kwestionariusz składa się z dziewięciu twierdzeń, po trzy na każdy wymiar: Antycypacji (np. „Gdybym miał(a) teraz okazję przystąpienia do gry hazardowej, to prawdopodobnie bym to zrobił(a)"), Żądzy (np. „Muszę zagrać teraz w grę hazardową") i Ulgi (np. „Dzięki grze hazardowej czułbym(czułabym) się mniej przygnębiony(a)). Uczestnicy badań udzielali odpowiedzi za pomocą skali 1-7 (1 = „zdecydowanie nie zgadzam się", 7 = „zdecydowanie zgadzam się"). W badaniu własnym rzetelność pomiaru przeprowadzonego za pomocą skali Antycypacji wyniosła α = 0,83, Żądzy α = 0,93 i Ulgi α = 0,82, natomiast ogólny poziom rzetelności wyniósł α = 0,92.

Narzędzia: pomiar gry hazardowej. Zadaniem uczestników badań było wzięcie udziału w komputerowej grze w kości (ang. *game of dice*; Brand i in., 2002). Osoby otrzymały na początku wirtualne 500 zł i ich zadaniem było obstawienie w różnych opcjach o mniejszym bądź większym ryzyku. Zadanie składało się z dwóch etapów. W pierwszej części uczestnicy badania poznawali zasady działania programu, w drugiej mogli obstawić 30 razy przy każdym rzucie kością.

Narzędzia: pomiar zaangażowania w grę hazardową. Zaangażowanie zostało zmierzone za pomocą jednej ze skal *Intrinsic Motivation Inventory* IMI, mierzącej właśnie zainteresowanie i przyjemność wynikającej z podejmowanej aktywności (Ryan, 1982), w adaptacji własnej. Kwestionariusz składa się z siedmiu twierdzeń (np. „Gra hazardowa była całkiem dobrą zabawą"), odpowiedzi udzielano na podstawie skali 1-7 (1 = „zdecydowanie nie", 7 = „zdecydowanie tak"). W badaniu własnym rzetelność pomiaru wyniosła α = 0,89. Kwestionariusz uzupełniono o dwa ogólne twierdzenia: 1) „Planuję wziąć udział w grach hazardowych w najbliższej czasie", które posłużyło do zbadania motywacji do udziału w prawdziwej grze (MOT), 2) „Generalnie udział w każdej grze hazardowej to przyjemna

czynność", które posłużyły do zbadania ogólnego przekonania na temat funkcji hazardu jako doświadczenia hedonistycznego (HED) (skale odpowiedzi były również 1-7).

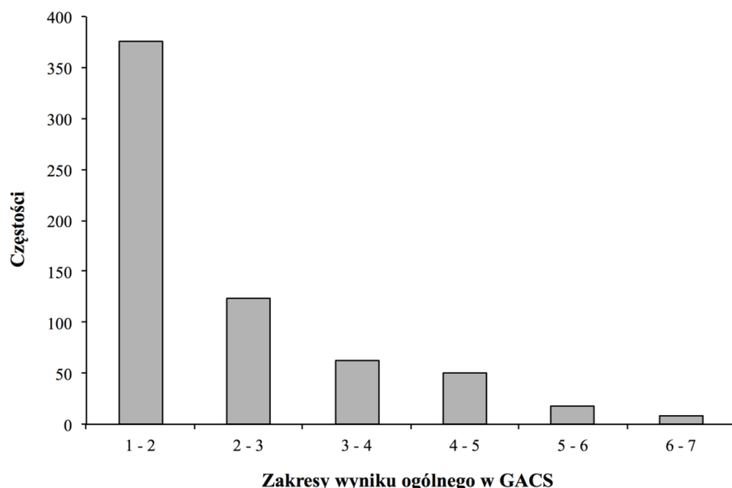
Procedura badania: test sędziów kompetentnych. Wszyscy sędziowie mieli ocenić jakość tłumaczenia wersji oryginalnej GACS i byli proszeni o zaproponowanie poprawek, jeśli tłumaczenie nie odpowiadało oryginałowi (przyjęto procedurę translacji; por. Drwal, 1995). Sędziowie oceniali na skali od 0–2 (0 = błędne, 1 = częściowo błędne, 2 = poprawne). Po zmianach zaproponowanych przez sędziów przygotowano ostateczną polską wersję GACS.

Procedura badania: uczestnictwo osób badanych. Badania realizowano za pomocą komputera. W pierwszej kolejności osoby poznawały cel badania i udzielały świadomej zgody na udział w badaniu, a następnie wypełniały metryczkę. Jako pierwszy wypełniały kwestionariusz SOGS, następnie SCS i GACS. Gra hazardowa i wypełnienie kwestionariusza badającego zaangażowanie kończyły procedurę. W niektórych przypadkach za udział w badaniu dziękowano za pomocą drobnego upominku.

3. Wyniki przeprowadzonych badań

Wyniki testu zgodności sędziów kompetentnych. Analizy wykazały, że oceny sędziów w zakresie trafności tłumaczenia były spójne ($\alpha = 0{,}78$; ICC = 0,76; $p < 0{,}01$).

Wyniki analiz wstępnych. W pierwszej kolejności zbadano rozkład wyniku ogólnego i wyników poszczególnych skal GACS w badanej próbie ($N = 637$). Rozkład wyniku ogólnego przedstawia wykres. Wynika z niego, że znacząca część badanej próby uzyskiwała wyniki bardzo niskie i niskie – tylko około 30 osób uzyskało wyniki wysokie i bardzo wysokie. Oznacza to, że badana cecha nie rozkłada się normalnie, co potwierdził test normalności rozkładu ($Z = 0{,}19$; $p < 0{,}001$).



Wykres 1. Rozkład pożądania hazardu w całej próbie (N= 637)

Wyniki analizy trafności teoretycznej: konfirmacyjnej analizy czynnikowej. W celu zbadania trafności teoretycznej narzędzia GACS przeprowadzono CFA na danych zebranych w dwóch próbach (N = 637). W celu przetestowania hipotezy o trójelementowej strukturze kwestionariusza GACS użyto programów LISREL 8.8 (Jöreskog i Sörbom, 2006) i Mplus 7.2 (Muthén i Muthén, 2014), stosując następujące wskaźniki dopasowania modelu do danych: *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA; Browne i Cudeck, 1993) i *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR; Hu i Bentler, 1999), których wartości poniżej 0,08 wskazują na względnie dobre dopasowanie, natomiast powyżej 0,08 – na błąd aproksymacji (Zakrzewska, 2004). Kolejnymi wykorzystanymi współczynnikami były *Comparative Fit Index* (CFI) i *Tucker-Lewis Index* (TLI). Wartości większe niż 0,90 w wymienionych współczynnikach wskazują na dobre dopasowanie, a powyżej 0,95 – na bardzo dobre (por. Byrne, 2009). Wyjściowo estymację przeprowadzono za pomocą metody największej wiarygodności (ML), ale założenie o wielowymiarowym rozkładzie normalnym nie zostało spełnione, więc oszacowania przeprowadzono także za pomocą dwóch estymatorów odpornych na złamanie tego założenia RML i MLMV. Różnica między nimi polega na tym, że estymator drugi wykazuje się większą odpornością na złamanie założenia o normalności rozkładu niż pierwszy.

Najlepsze dopasowanie modelu jednoczynnikowego (M1) będzie wskazywało na jednowymiarową strukturę pożądania hazardu. Drugi model (M2), składający się z trzech czynników, posłużył do przetestowania hipotezy o trójwymiarowej strukturze GACS, natomiast za pomocą modelu trzeciego (M3) sprawdzano, na ile wszystkie trzy główne

czynniki pierwszego rzędu skupiają się w czynnik drugiego rzędu reprezentujący ogólne pożądanie hazardu. W zakresie estymacji ML wyniki CFA nie potwierdziły hipotezy o trójczynnikowej strukturze GACS, gdyż model M2 nie był dopasowany do danych na satysfakcjonującym poziomie. Wyniki przedstawia górna część Tabeli 1.

Po przeprowadzeniu analizy metodą RML uzyskano wyniki dające podstawę do konkluzji o trafności czynnikowej GACS, gdyż dopasowanie M2 spełniło standardy (zob. Tabela 1). Dodatkowo, model M2 był istotnie lepiej dopasowany niż M1 ($\Delta\chi^2 = 332{,}70$; $\Delta df = 30$; $p < 0{,}001$). Ponadto, przewidywany model uzyskał takie samo dopasowanie jak M3, co sugeruje, że konstrukt pożądania hazardu ma strukturę hierarchiczną. W celu porównania modeli przy zastosowaniu estymacji RML użyto procedury rekomendowanej przez Bryanta i Satorrę (2012). Wyniki przedstawia środkowa część Tabeli 1.

Analiza przeprowadzona za pomocą estymatora MLMV wykazała nieco lepsze dopasowanie w zakresie parametru RMSEA (dolna część Tabeli 1) niż analiza wykonana za pomocą estymatora RML. Sugeruje to, że głębsza korekta na złamanie założenia o wielowymiarowym rozkładzie normalnym zmniejszyła błąd aproksymacji (uogólniania model z próby na populację). Model M2 był istotnie lepiej dopasowany niż M1 ($\Delta\chi^2 = 133{,}19$; $\Delta df = 3$; $p < 0{,}001$). W dodatku, przewidywany model uzyskał takie samo dopasowanie jak M3, co ponownie wskazuje na hierarchiczną strukturę pożądania hazardu.

Tabela 1. Wyniki konfirmacyjnej analizy czynnikowej wykonanej na danych zebranych w dwóch próbach ($N = 637$)

Model	$\chi^2(df)$	CFI	TLI	RMSEA	SRMR
		Estymacja metodą największej wiarygodności (ML)			
M1	599,66* (27)	0,93	0,91	0,19 (0,18 – 0,20)[a]	0,08
M2	266,96* (24)	0,97	0,96	0,13 (0,11 – 0,14)	0,05
M3	266,96* (24)	0,97	0,96	0,13 (0,11 – 0,14)	0,05
		Odporny estymator RML			
M1	320,38* (27)	0,97	0,95	0,13 (0,12 – 0,14)	0,08
M2	127,56* (24)	0,99	0,98	0,08 (0,07 – 0,10)	0,05
M3	127,56* (24)	0,99	0,98	0,08 (0,07 – 0,10)	0,05
		Odporny estymator MLMV			
M1	245,71* (27)	0,87	0,83	0,11 (0,10 – 0,13)	0,07
M2	112,52* (24)	0,95	0,92	0,07 (0,06 – 0,09)	0,04
M3	112,52* (24)	0,95	0,92	0,07 (0,06 – 0,09)	0,04

M1 = Model jednoczynnikowy. M2 = Model trójczynnikowy (przewidywany). M3 = Model trójczynnikowy hierarchiczny.
[a]W nawiasach podano wartości przedziałów ufności współczynnika RMSEA (90%).
*$p < 0{,}001$.

Ładunki czynnikowe oraz rzetelności poszczególnych pozycji przedstawia Tabela 2. Wynika z niej, że wszystkie ładunki osiągnęły wysokie wartości, co potwierdza jakość modelu czynnikowego spełniającego standardy. Ładunki czynnikowe w modelu hierarchicznym wyniosły (estymacja MLMV): 0,77 (Antycypacja), 0,93 (Żądza) i 1,00 (Ulga), co oznacza, że wymiar Ulgi ma największy wkład (znaczenie) w strukturę hierarchiczną.

Tabela 2. Twierdzenia, standaryzowane ładunki w modelu trójczynnikowym GACS uzyskane za pomocą estymacji MLMV oraz współczynniki rzetelności twierdzeń (*N* = 637)

Wymiar GACS	Twierdzenie	Ładunek czynnikowy[a]	Rzetelność
Antycypacja	Gdybym miał(a) teraz okazję przystąpienia do gry hazardowej, to prawdopodobnie bym to zrobił(a).	0,77*	0,59
	Udział w grze hazardowej w tej chwili sprawiłby mi przyjemność.	0,76*	0,57
	Gra hazardowa byłaby teraz dobrą zabawą.	0,86*	0,73
Żądza	Muszę zagrać teraz w grę hazardową.	0,86*	0,74
	Odczuwam teraz ogromną ochotę udziału w grze hazardowej.	0,95*	0,90
	Mam teraz wielką ochotę do wzięcia udziału w grze hazardowej.	0,92*	0,85
Ulga	Gdybym teraz brał(a) udział w grze hazardowej, mógłbym(mogłabym) jaśniej myśleć.	0,71*	0,50
	Mógłbym(mogłabym) lepiej kontrolować różne sprawy w tym momencie, gdybym mógł(mogła) wziąć udział w grze hazardowej.	0,80*	0,62
	Dzięki grze hazardowej czułbym(czułabym) się mniej przygnębiony(a).	0,83*	0,69

[a]Wartości błędu standardowego (*SE*) były mniejsze niż 0,04.
*$p < 0{,}001$.

Wyniki analizy trafności. W pierwszej kolejności przeprowadzono analizę korelacji za pomocą współczynnika Pearsona, analizując związek między wszystkimi badanymi głównymi zmiennymi. Wyniki przedstawia Tabela 3. Jak widać, hipoteza druga została potwierdzona, gdyż okazało się, że wyniki uzyskane za pomocą GACS korelowały pozytywnie z wynikami w SOGS. Związki te są raczej słabe, co oznacza, że oba narzędzia diagnozują nieco odmienne aspekty uzależnienia.

Potwierdziła się także hipoteza trzecia, mówiąca, że im silniejsze pożądanie hazardu, tym słabsza samokontrola jako cecha (związek słaby, ale istotny statystycznie). Hipoteza czwarta również znalazła potwierdzenie w wynikach, gdyż korelacje między pożądaniem hazardu a zaangażowaniem w grę hazardową, motywację do udziału w grze hazardowej i przekonanie o hazardzie jako doświadczeniu hedonistycznym były istotne statystycznie i charakteryzowały się umiarkowaną siłą (por. Tabela 3).

Tabela 3. Związki między badanymi zmiennymi analizowane za pomocą *r* Pearsona (*N* = 637)

Zmienna	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. GACS-A	–	0,64***	0,67***	0,89***	0,27***	–0,29***	0,52***	0,58***	0,63***
2. GACS-Ż		–	0,82***	0,90***	0,38***	–0,25***	0,34***	0,63***	0,56***
3. GACS-U			–	0,91***	0,30***	–0,30***	0,40***	0,54***	0,52***
4. GACS				–	0,35***	–0,32***	0,48***	0,65***	0,64***
5. SOGS					–	–0,27***	0,11*	0,43***	0,35***
6. SCS-H						–	–0,12*	–0,27***	–0,23**
7. IMI							–	0,36***	0,52***
8. MOT								–	0,63***
9. HED									–
M	2,70	1,68	1,97	2,12	2,18	3,25	3,54	2,20	2,77
SD	1,65	1,31	1,35	1,29	3,79	0,75	1,49	1,75	1,91

Nota. GACS-A = Antycypacja (pożądanie hazardu). GACS-Ż = Żądza. GACS-U = Ulga. GACS = Wynik ogólny w GACS. SOGS = Wynik ogólny w SOGS. SCS-H = Samokontrola jako cecha (hamowanie). IMI = Zaangażowanie w grę hazardową. MOT = Motywacja do udziału w grze hazardowej w przyszłości. HED = Gra hazardowa jako doświadczenie hedonistyczne.
$^{*}p < 0{,}05$. $^{**}p < 0{,}01$. $^{***}p < 0{,}001$.

W celu weryfikacji hipotezy mówiącej o tym, że zaangażowanie w grę hazardową można lepiej wyjaśnić za pomocą pożądania hazardu (GACS) niż w oparciu o fakty i doświadczenia osoby związane z uprawianiem hazardu (SOGS), przeprowadzono serię hierarchicznych analiz regresji. W pierwszej kolejności wprowadzano wynik ogólny w skali SOGS, następnie zmienną samokontroli jako cechy w celu dodatkowej kontroli. W ostatnim kroku dodawano trzy wymiary GACS. Najpierw zmienną objaśnianą było zaangażowanie w grę hazardową. Wyniki przedstawia Tabela 4. Pokazuje, że wprawdzie wynik w SOGS był istotnym predyktorem zaangażowania w grę hazardową, ale po wprowadzeniu samokontroli do modelu regresji przestał pełnić tę funkcję. Dodanie wymiarów GACS sprawiło, że tylko Antycypacja i Ulga były istotnymi predyktorami zaangażowania w grę hazardową.

Tabela 4. Wyniki hierarchicznej analizy regresji, gdzie zmienną objaśnianą było zaangażowanie w grę hazardową ($N = 637$)

Predyktor	ΔR^2	*B*	*SE*	β
Krok 1	0,01*			
SOGS		0,06	0,02	0,11*
Krok 2	0,01*			
SOGS		0,05	0,02	0,09
SCS-H		–0,20	0,10	–0,10**
Krok 3 (pełny model)	0,28***			
SOGS		–0,04	0,02	–0,07
SCS-H		0,07	0,09	0,03
GACS-A		0,46	0,05	0,49***
GACS-Ż		–0,08	0,09	–0,06
GACS-U		0,21	0,09	0,18*

Nota. SOGS = Wynik ogólny w SOGS. SCS-H = Samokontrola jako cecha (hamowanie). GACS-A = Antycypacja (pożądanie hazardu). GACS-Ż = Żądza. GACS-U = Ulga. GACS = Wynik ogólny w GACS.
B = niestandaryzowany współczynnik regresji. *SE* = błąd standardowy.
*$p < 0,05$. **$p < 0,01$. ***$p < 0,001$.

Kolejną zmienną objaśnianą była motywacja do udziału w grze hazardowej w najbliższym czasie. Wyniki analizy regresji przedstawia Tabela 5. Podobnie jak w przypadku poprzedniej analizy, po dodaniu wymiarów GACS spadła waga wyników w SOGS jako predyktora motywacji do udziału w grze. Istotnymi predyktorami tej zmiennej była także samokontrola jako cecha oraz Antycypacja i Żądza. Ważne odnotowania jest, że Ulga nie była istotnym predyktorem motywacji do hazardu w najbliższej przyszłości.

Tabela 5. Wyniki hierarchicznej analizy regresji, gdzie zmienną objaśnianą była motywacja do wzięcia udziału w przyszłej grze hazardowej ($N = 637$)

Predyktor	ΔR^2	*B*	*SE*	β
Krok 1	0,20***			
SOGS		0,25	0,02	0,44***
Krok 2	0,03***			
SOGS		0,23	0,02	0,40***
SCS-H		–0,42	0,10	–0,18***
Krok 3 (pełny model)	0,27***			
SOGS		0,09	0,02	0,16**
SCS-H		–0,07	0,09	–0,08*
GACS-A		0,35	0,05	0,33***
GACS-Ż		0,56	0,09	0,40***
GACS-U		–0,12	0,09	–0,09

Nota. SOGS = Wynik ogólny w SOGS. SCS-H = Samokontrola jako cecha (hamowanie). GACS-A = Antycypacja (pożądanie hazardu). GACS-Ż = Żądza. GACS-U = Ulga. GACS = Wynik ogólny w GACS.
B = niestandaryzowany współczynnik regresji. *SE* = błąd standardowy.
*$p < 0,05$. **$p < 0,01$. ***$p < 0,001$.

Ostatnią zmienną objaśnianą było przekonanie o hazardzie jako doświadczeniu hedonistycznym. Jej wyniki przedstawia Tabela 6. Podobnie jak w przypadku poprzedniej analizy, po dodaniu wymiarów GACS spadła waga wyników w SOGS jako predyktora badanego przekonania. Istotnymi predyktorami tej zmiennej była także samokontrola jako cecha, ale wyłącznie w drugim kroku, zabierając część wariancji wyjaśnianej przez wyniki w SOGS. Należy odnotować, że Ulga nie była istotnym predyktorem badanego przekonania, natomiast istotnymi predyktorami były Antycypacja i Żądza.

Tabela 6. Wyniki hierarchicznej analizy regresji, gdzie zmienną objaśnianą było przekonanie o hazardzie jako hedonistycznym doświadczeniu (*N* = 637)

Predyktor	ΔR^2	*B*	*SE*	β
Krok 1	0,13***			
SOGS		0,23	0,03	0,44***
Krok 2	0,03***			
SOGS		0,21	0,03	0,33***
SCS-H		–0,41	0,11	–0,16**
Krok 3 (pełny model)	0,32***			
SOGS		0,07	0,03	0,11**
SCS-H		–0,06	0,09	–0,03
GACS-A		0,56	0,06	0,47***
GACS-Ż		0,34	0,10	0,22**
GACS-U		–0,10	0,10	–0,01

Nota. SOGS = Wynik ogólny w SOGS. SCS-H = Samokontrola jako cecha (hamowanie). GACS-A = Antycypacja (pożądanie hazardu). GACS-Ż = Żądza. GACS-U = Ulga. GACS = Wynik ogólny w GACS. *B* = niestandaryzowany współczynnik regresji. *SE* = błąd standardowy.
**p* < 0,05. ***p* < 0,01. ****p* < 0,001.

Wykonano także te same analizy w podziale na dwie grupy: próbę graczy i próbę zwykłą. Jej wyniki były zbieżne z poprzednimi wynikami analizy regresji, z tą różnicą, że Ulga była istotnym predyktorem zmiennych objaśnianych w obu grupach – choć lepszym w grupie graczy niż w próbie zwykłej, natomiast Żądza była istotnym predyktorem wyłącznie w grupie graczy.

Analizy dodatkowe. W ramach analiz dodatkowych porównano badane grupy pod względem wyników w SOGS i GACS. Okazało się, że kwestionariusz SOGS lepiej niż GACS różnicował obie próby, na co wskazują wartości współczynnika η^2. Obrazując standaryzowaną różnicę między średnimi, współczynnik ten wskazuje, że różnica w zakresie SOGS jest wielokrotnie silniejsza niż różnica w zakresie GACS. Pozostałe wyniki jednoczynnikowej analizy wariancji przedstawia Tabela 7.

Tabela 7. Porównaniu próby graczy (n = 80) z próbą zwykłą (n = 557)

	Próba graczy		Próba zwykła			
Zmienna	*M*	*SD*	*M*	*SD*	*F*	η^2
1. GACS	2,84	1,59	2,01	1,21	30,42	0,05
2. SOGS	7,13	6,29	1,44	2,53	201,49	0,26

GACS = Wynik ogólny w GACS. SOGS = Wynik ogólny w SOGS.
*p < 0,001.

4. Wnioski wynikające z przeprowadzonych badań

Wniosek 1.: Polska adaptacja *Gambling Craving Scale* (GACS) autorstwa Younga i Wohla (2009) spełnia najważniejsze standardy psychometryczne. Jest narzędziem diagnostycznym, które umożliwia uzyskanie rzetelnego pomiaru. Trafność teoretyczną narzędzia wykazano za pomocą analizy czynnikowej. Za pomocą powszechnie stosowanego narzędzia *South Oaks Gambling Screen* (SOGS; por. Chiesi i in., 2013) przeprowadzono analizę trafności diagnostycznej.

Wniosek 2.: Uzyskano słabe i pozytywne, ale istotne współczynniki korelacji opisujące relacje między wymiarami GACS a wynikiem ogólnym w SOGS. Sugeruje to, że choć obydwa narzędzia mierzą uzależnienie od hazardu, to uwzględniają różne aspekty tego konstruktu. Twórcy GACS ukierunkowali je bowiem przede wszystkim na pomiar afektywnego komponentu uzależnienia. W porównaniu z SOGS narzędzie GACS jest zatem odrębną metodą wspierającą diagnozowanie hazardu.

Wprawdzie SOGS lepiej różnicuje patologicznych graczy od populacji zdrowej, ale GACS charakteryzuje się lepszą trafnością prognostyczną. Wyniki badań własnych pokazały, że za pomocą pomiarów w GACS – w porównaniu z SOGS – można było znacznie lepiej przewidzieć zaangażowanie w grę hazardową, motywację do udziału w grze hazardowej oraz przekonanie o tym, że hazard jest doświadczeniem hedonistycznym. Innymi słowy, analiza trafności przyrostowej wykazała, że GACS może dawać lepsze prognozy dotyczące zaangażowania w hazard niż SOGS.

Wniosek 3.: Przedstawione wyniki badań, jak i sama metoda diagnostyczna, mają kilka ograniczeń. Po pierwsze, nie wykazano trafności teoretycznej rozbieżnej GACS (por. Hornowska, 2001, s. 96). Nie wiadomo zatem na ile wynik w GACS zależy od afektywności jako cechy osobowości i na ile jest specyficzny w stosunku do hazardu, a na ile wyraża ogólną skłonność do uzależniania się od czynności lub substancji. Po drugie, GACS –

podobnie jak SOGS – jest metodą deklaratywną, co sprawia, że pomiar uzależnienia może podlegać niekorzystnym wpływom nastawień i osobistych motywów. W ostatnich latach próbowano zniwelować te ograniczenia, tworząc niejawne metody pomiaru postaw wobec hazardu, ale ich trafność prognostyczna nie jest znana, a kryterium diagnostycznym był SOGS (Brevers i in., 2013). Po trzecie, rozkład wyników GACS był silnie skośny, co doprowadziło do złamania założenia o normalności pomiarów. W konsekwencji konieczne było zastosowanie odpowiednich procedur statystycznych, służących minimalizacji tego ograniczenia. W kolejnych badaniach należałoby zwiększyć próbę, szczególnie osób będących w grupach ryzyka (problemowych i patologicznych hazardzistów). Prawdopodobne jest bowiem to, że pożądanie hazardu jako zmienna może rozkładać się normalnie właśnie w tej populacji. Po czwarte, badania wykonano w środowisku tylko zbliżonym do naturalnego. W związku z tym nie ma pewności, że wartość predykcyjna GACS byłaby zachowana, gdyby mierzyć zachowania i zaangażowanie w warunkach naturalnych, na przykład w kasynach.

Wniosek 4.: W kolejnych badaniach należałoby dokonać analizy stabilności wyników GACS w czasie. Ten rodzaj oszacowania rzetelności dostarczyłby pośredniego dowodu na to, że GACS mierzy względnie trwałą cechę, wyrażającą się pożądaniem hazardu. Jednocześnie należałoby wykazać, na ile poziom tej cechy fluktuuje zależnie od częstości grania (stopnia zaspokojenia pożądania hazardu). Badania nad uzależnieniem od alkoholu pokazały, że poziom spożycia alkoholu jako miary uzależnienia zmieniał się w zależności od wyjściowego poziomu samokontroli jako cechy oraz wymagań względem samokontroli (Muraven i in., 2005). Badania te sugerują zatem, że zmienność zachowania i dyspozycji do uzależnienia się wymaga kontroli czynników zewnętrznych, na przykład, konieczności kontroli emocjonalnej, czy siły pokus, stanowiących wyzwania dla samokontroli (por. Buczny, Międzobrodzka, 2014).

Wniosek 5.: Kolejne badania powinny również doprowadzić do lepszego zrozumienia funkcji każdego z wymiarów samokontroli. Przeprowadzone analizy badań własnych sugerują, że w populacji ogólnej istotnym predyktorem zaangażowania w hazard jest przede wszystkim wymiar Antycypacji, który skoncentrowany jest właśnie na intencji udziału w grze hazardowej. Dopiero wykonanie analiz odrębnie w grupie graczy i grupie zwykłej umożliwiło dostrzeżenie pewnych różnic w funkcji pozostałych wymiarów GACS. Zdaje się, że Ulga jak

i Żądza mają przede wszystkim znaczenie w przewidywaniu zachowania osób uzależnionych od hazardu.

5. Możliwości wykorzystania kwestionariusza GACS

Ze względu na wysokie parametry psychometryczne narzędzie GACS może być stosowane w praktyce diagnostycznej jak i przyszłych badaniach naukowych. Szczególną korzyścią wynikającą z zastosowania GACS jest możliwość opisania uzależnienia od hazardu za pomocą trzech wymiarów: (1) Antycypacji jako przejawu intencji do udziału w grze hazardowej w celu poprawienia nastroju, (2) Żądzy gry i (3) Ulgi wobec nieprzyjemnego napięcia, mogącego wynikać z przerwy w graniu.

W zależności od uzyskanych wyników i przewagi danego aspektu pożądania hazardu, terapeuta może zastosować techniki służące redukcji czynników warunkujących dany wymiar uzależnienia. Przykładem może być sytuacja, gdy klient uzyskuje wysoki wynik w skali Ulgi, który jest wyższy niż wyniki uzyskane w ramach pozostałych dwóch wymiarów. Sugeruje to, że stan napięcia wynikające z przerwy w graniu jest szczególnie nieprzyjemny. W związku z tym terapeuta mógłby wprowadzić techniki relaksacyjne, z jednej strony odwracające uwagę, a z drugiej, stabilizujące nastrój i redukujące nieprzyjemne napięcia. W jeszcze innym przypadku, gdyby najwyższy wynik dotyczył skali Antycypacji to sugerowałoby, że terapeuta mógłby skupić się na opracowaniu z klientem listy zadań lub czynności, które mogłyby zastąpić hazard w dostarczaniu pozytywnych doświadczeń (stanów emocjonalnych).

Kolejnym ważnym powodem wykorzystania GACS jest jego wartość prognostyczna, która przeważa nad efektami zastosowania SOGS. Może to być szczególne przydatne w procesie przewidywania nawrotów uzależnienia. Warto byłoby użyć GACS jako jednego ze wskaźników skuteczności terapii. Skoro wymiar Antycypacji wykazał się największą wartością w przewidywaniu przyjemności z hazardu, chęci wzięcia udziału w grze hazardowej i traktowania hazardu jako doświadczenia hedonistycznego, to terapia powinna obniżać wyniki przede wszystkim w wymiarze Antycypacji – im poważniejsza zmiana, tym lepiej.

Terapeuta może również wykorzystywać GACS w procesie monitorowania stanu klientów (pacjentów), podejmując odpowiednie kroki w zależności od poziomu pożądania hazardu. Kwestionariusz mógłby być zatem wykorzystywany do systematycznego badania skutków wprowadzonej terapii i dokonywania interwencji psychologicznych w momencie utrzymywania się wzrostu pożądania hazardu. Szczególnie niepokojące powinien być wzrost

wyników w zakresie wymiaru Ulgi ze względu na jego znaczenie w zakresie konstytuowania pożądania hazardu jako struktury hierarchicznej (por. wyniki konfirmacyjnej analizy czynnikowej).

Bibliografia:

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington: Author.

Baumeister R. F., Heatherton T. F., Tice, D. M. (2000). *Utrata kontroli. Jak i dlaczego tracimy zdolność do samokontroli*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Berridge K. C., Robinson T. E., Aldridge J. W. (2009). Dissecting components of reward: 'Liking', 'wanting', and learning. *Current Opinion in Pharmacology* 9, 65–73.

Blinn-Pike L., Worthy S. L., Jonkman J. N. (2010). Adolescent gambling: A review of an emerging field of research. *Journal of Adolescent Health* 47, 223–236.

Brand M., Greco R., Schuster A., Kalbe E., Fujiwara E., Markowitsch H. J., Kessler J. (2002). The game of dice: A new test for the assessment of risktaking behavior. *Neurorehabilitation and Neural Repair* 16, 142–143.

Brevers D., Cleeremans A., Hermant C., Tibboel H., Kornreich C., Verbanck P., Noël X. (2013). Implicit gambling attitudes in problem gamblers: Positive but not negative implicit associations. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 44, 94–97.

Browne M. W., Cudeck R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. W: K. A. Bollen, J. S. Long (red.). *Testing structural equation models*. Newbury Park: Sage, 136–162.

Bryant F. B., Satorra A. (2012). Principles and practice of scaled difference chi-square testing. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal* nr 19, s. 372–398.

Buczny J. i Międzobrodzka E. (2014). Samokontrola i jej rola w odżywianiu się. *Zeszyty Naukowe Akademii Morskiej w Gdyni* 86, 29–41.

Byrne B. M. (2009). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming* (2nd ed.). Mahwah: Erlbaum.

Chiesi F., Donati M. A., Galli S., Primi, C. (2013). The suitability of the South Oaks Gambling Screen–Revised for Adolescents (SOGS-RA) as a screening tool: IRT-based evidence. *Psychology of Addictive Behaviors* 27, 287–293.

De Ridder D. T. D., De Boer B. J., Lugtig P., Bakker A. B., Hooft E. a. J. V. (2011). Not doing bad things is not equivalent to doing the right thing: Distinguishing between inhibitory and initiatory self-control. *Personality and Individual Differences* 50, 1006–1011.

Delgado M. R. (2007). Reward-related responses in the human striatum. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1104, 70–88.

Drwal R. Ł. (1995). Problemy kulturowej adaptacji kwestionariuszy osobowości. W: P. Brzozowski (red.). *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, . 12–26.

Ferris J., Wynne H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index: Final report*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.

Fortune E. E., Goodie A. S. (2012). Cognitive distortions as a component and treatment focus of pathological gambling: A review. *Psychology of Addictive Behaviors* 26, 298–310.

George O. Koob, G. F. (2013). Control of craving by the prefrontal cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 110, 4165–4166.

Hornowska E. (2001). *Testy psychologiczne. Teoria i praktyka*. Warszawa: Scholar.

Hu L. T., Bentler P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55.

Jöreskog K. G., Sörbom D. (2006). *LISREL 8.8 for Windows*. Lincolnwood: Scientific Software International, Inc.

Lesieur H. R., Blume S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry* 144, 1184–1188.

Milkman H. B., Sunderwirth S. G. (2010). *Craving for extasy and natural highs. A positive approach to mood alternation*. Thousand Oaks: Sage.

Muraven M. (2008). Autonomous self-control is less depleting. *Journal of Research in Personality* 42, 763–770.

Muraven M., Collins R. L., Shiffman S., Paty J. A. (2005). Daily fluctuations in self-control demands and alcohol intake. *Psychology of Addictive Behaviors* 19, 140–147.

Muthén L. K. and Muthén B. O. (1998-2012). *Mplus User's Guide. Seventh Edition*. Los Angeles: Muthén & Muthén.

Ryan R. M. (1982). Control and information in the intrapersonal sphere: An extension of cognitive evaluation theory. *Journal of Personality and Social Psychology* 43, 450–461.

Ryan R. M., Deci E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American Psychologist* 55, 68–78.

Slutske W., Zhu G., Meier H., Martin N. G. (2011). Disordered gambling as defined by the diagnostic and statistical manual of mental disorders and the South Oaks Gambling Screen: Evidence for a common etiologic structure. *Journal of Abnormal Psychology* 120, 743–751.

Tangney J. P., Baumeister R. F., Boone A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality* 72, 271–324.

Tiffany S. T., Conklin C. A. (2000). A cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use. *Addiction* 95, 145–153.

Watson D., Clark L. A., Tellegen A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology* 54, 1063–1070.

Wegner D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review* 101, 34–52.

Wood R., Griffiths M. D. (2007). A qualitative investigation of problem gambling as an escape-based coping strategy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 80, 107–125.

Young M. M., Wohl M. J. A. (2009). The Gambling Craving Scale: Psychometric validation and behavioral outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors* 23, 512–522.

Zakrzewska M. (2004). Konfirmacyjna analiza czynnikowa w ujęciu pakietu statystycznego LISREL 8.51 (2001) Karla G. Jöreskoga i Daga Sörboma. W: J. Brzeziński (red.). *Metodologia badań psychologicznych. Wybór tekstów*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 442–478.

Iwona Niewiadomska

Agnieszka Palacz-Chrisidis

Metody do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem u młodzieży – badania adaptacyjne

Abstract

Methods for assessing the risk of gambling associated disorders in adolescents – adaptation studies

The article presents a Polish adaptation of four methods for assessing the risk of gambling associated disorders in adolescents that have been developed within the project "Development of a battery of methods used to assess the risk of gambling associated disorders". Operations undertaken in the project allowed to conduct the Polish adaptation of the following methods: Brief Biosocial Gambling Screen (BBGS), Gambling Motives Questionnaire (GMQ), Gambling Attitude and Beliefs Scale (Gabs) and Gambling Related Cognitions Scale (GRCS). Research was carried out twice – in October-November 2013 and April-May 2014 on a representative sample of secondary school students from Lublin province. Polish adaptation of methods has high psychometric rates: accuracy and reliability. Methods can be used for screening and clinical studies by specialists involved in the prevention of gambling (universal, selective and indicative) and also in the treatment of disorders associated with gambling addiction.

1. Uzasadnienie badań służących adaptacji metod do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem u młodzieży

Badania adaptacyjne zostały przeprowadzone w ramach realizacji projektu *Opracowanie baterii metod służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem*, który został zrealizowany przez Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii Stowarzyszenia Natanaelum, w ramach programu Ministra Zdrowia „Wspieranie badań naukowych dotyczących zjawiska uzależnienia od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych”. Projekt został zrealizowany przez zespół psychologów pod kierunkiem dr hab. Iwony Niewiadomskiej, prof. KUL, a w jego skład wchodzili dr Joanna Chwaszcz, dr Weronika Augustynowicz, mgr Agnieszka Palacz-Chrisidis, dr Rafał Bartczuk i dr Michał Wiechetek. Działania podjęte w projekcie umożliwiły uzyskanie polskiej adaptacji czterech narzędzi badawczych:

1. *Brief Biosocial Gambling Screen* (BBGS) – *Krótkiego Biospołecznego Narzędzia Przesiewowego do Hazardu*
2. *Gambling Motives Questionnaire* (GMQ) – *Kwestionariusza Motywów Hazardowych*

3. *Gambling Attitude and Beliefs Scale* (GABS) – *Kwestionariusza Przekonań i Postaw wobec Hazardu*
4. *Gambling Related Cognitions Scale* (GRCS) – *Skali Myśli Związanych z Hazardem.*

Poniżej zostanie zaprezentowany krótki opis narzędzi (m.in. w aspekcie sposobu ich konstruowania, prowadzenia badania oraz interpretacji uzyskanych wyników), które zostały poddane polskim badaniom adaptacyjnym.

Charakterystyka metody *Brief Biosocial Gambling Screen* (BBGS) – *Krótkiego Biospołecznego Narzędzia Przesiewowego do Hazardu.* BBGS stanowi przesiewowe narzędzie, które może pomóc zarówno fachowcom, jak i osobie uprawiającej hazard, oszacować czy w danym przypadku potrzebna jest bardziej specjalistyczna ocena w zakresie występowania objawów patologicznego hazardu (Gebauer i in., 2010). Oryginalna metoda została stworzona na podstawie wyników ogólnokrajowego przeglądu zachowań hazardowych u Amerykanów. Badania przeprowadzone na próbie 43 093 gospodarstw domowych w Stanach Zjednoczonych, w ramach której badacze z *Addiction Cambridge Health Alliance* wraz z naukowcami z *Harvard Medical School* przestudiowali najczęściej pojawiające się odpowiedzi udzielone przez patologicznych hazardzistów, wyłonionych na podstawie kryteriów patologicznego hazardu przedstawionych w *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, 1994).

Krótkie Biospołeczne Narzędzie Przesiewowe Do Hazardu (BBGS) pozwala zidentyfikować problemy związane z występowaniem patologicznego hazardu u osoby badanej na podstawie twierdzeń odnoszących się do trzech obszarów jej funkcjonowania (Gebauer i in., 2010):

- doświadczania trudności emocjonalnych,
- wykorzystywania kłamstwa,
- odczuwania problemów finansowych.

Trzy pytania przesiewowe zawarte w tym narzędziu posiadają wysokie korelacje z kryteriami, za pomocą których zostały opisane objawy patologicznego hazardu w DSM-IV – m.in. oznaki tego zaburzenia w takich wymiarach, jak: neuroadapatacja, psychospołeczna charakterystyka patologicznych graczy i negatywne skutki grania.

Istnienie silnych związków między pytaniami przesiewowymi a kryteriami diagnostycznymi patologicznego hazardu uzasadnia stwierdzenie, że metoda posiada mocne podstawy teoretyczne (Petry i in., 2005).

Krótkie Biospołeczne Narzędzie Przesiewowe do Hazardu zawiera 3 pytania właściwe oraz wstępne pytanie filtrujące:

- Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zagrałeś, choćby raz, w gry hazardowe?
- Czy w trakcie ostatnich 12 miesięcy czułeś się bezsilny, poirytowany lub niespokojny, gdy próbowałeś rzucić lub ograniczyć hazard?
- Czy w trakcie ostatnich 12 miesięcy próbowałeś ukrywać przed rodziną lub przyjaciółmi fakt, że grasz w gry hazardowe?
- Czy w trakcie ostatnich 12 miesięcy miałeś problemy finansowe z powodu hazardu w takiej skali, że musiałeś prosić o pomoc finansową rodzinę, przyjaciół lub opiekę społeczną?

Badany odpowiada na każde z pytań w dwustopniowym formacie odpowiedzi (*Tak/Nie*), oceniając, w jakim stopniu poszczególne twierdzenia odpowiadają temu, co czuje. Odpowiedź „Tak" na każde z trzech diagnostycznych pytań wskazuje na problemy związane z występowaniem patologicznego hazardu i potrzebę sformułowania klinicznej diagnozy na bardziej szczegółowym poziomie.

Arkusz BBGS oprócz metody zawiera metryczkę (pytania o imię, nazwisko, wiek i datę badania) oraz instrukcję. Narzędzie może być wykorzystywane do badania indywidualnego oraz grupowego. W badaniu indywidualnym prosimy daną osobę o zapoznanie się z instrukcją, wypełnienie metryczki oraz kwestionariusza testowego. Przeciętny czas badania za pomocą skali BBGS wynosi około 30 sekund (Niewiadomska i in., 2015, s.16).

Krótkie Biospołeczne Narzędzie Przesiewowe do Hazardu jest rekomendowane w literaturze światowej do powszechnego stosowania, ze względu na następujące przesłanki (Niewiadomska i in., 2014, s. 16):

1. Test został skonstruowany na mocnych podstawach teoretycznych, które odnoszą się do kryteriów patologicznego hazardu i które zostały zawarte w DSM-IV (Petry i in., 2005; Volberg, Williams, 2012).
2. Metodę można stosować w badaniach indywidualnych i grupowych ze względu na zwięzłość, bardzo dobre właściwości psychometryczne oraz możliwość dokonania pomiaru dotyczącego problemów hazardowych w okresie ostatnich 12 miesięcy (Dowling i in., 2014).
3. Narzędzie cechuje się łatwością włączania do różnego rodzaju wywiadów klinicznych ze względu na jego krótką formę (3 pytania) i prostotę udzielania odpowiedzi ze strony badanych osób (Gebauer i in., 2010).

4. Dzięki zastosowaniu tej metody można w prosty sposób ograniczyć liczbę osób, które nie wymagają bardziej wnikliwej oceny w zakresie występowania objawów patologicznego hazardu, a tym samym zaoszczędzić czas i pieniądze związane z przeprowadzeniem badania klinicznego w analizowanym obszarze (Kessler i in., 2008).

Charakterystyka metody *Gambling Motives Questionnaire* (GMQ) – *Kwestionariusza Motywów Hazardowych.* Narzędzie zostało opracowane przez Stewarta i Zacka w 2008 roku (Stewart, Zack, 2008), w oparciu o trójczynnikową metodę do pomiaru motywów picia alkoholu: *The Drinking Motives Questionnaire* DMQ (Cooper i in., 1992; Dechant, Ellery, 2011). GMQ bada częstotliwość grania ze względu na 15 powodów. Jej autorzy wykazali, że mierzy ona następujące motywy (Dowling i in., 2010):

- umacnianie siebie (*enhancement*) – granie służące zwiększaniu pozytywnych emocji,
- radzenie sobie (*coping*) – uprawianie hazardu w celu zmniejszenia lub uniknięcia negatywnych emocji,
- motywy społeczne (*social motives*) – granie w gry hazardowe w celu zwiększenia przynależności społecznej.

Twierdzenia (15 itemów) konstytuujące metodę GMQ (*Gambling Motives Questionnaire*) zostały bezpośrednio zaczerpnięte z DMQ (*Drinking Motives Questionnaire*) i przeredagowane w taki sposób, aby odnosiły się do grania hazardowego. Oryginalne GMQ ma trzy podskale – każda mierzy jeden motyw i składa się z 5 itemów.

W skali GMQ motywy są badane bezpośrednio poprzez zadanie pytania osobie badanej dlaczego uprawia hazard. Polska wersja metody składa się z 15 pozycji (nie wszystkie twierdzenia są wykorzystywane do obliczania wyników), pogrupowanych w dwa wymiary: Motyw społeczny (Ms) oraz Motyw radzenia sobie ze stresem (Rss). Badany udziela odpowiedzi na czterostopniowej skali (1 – *Nigdy lub prawie nigdy*, 2 – *Czasem,* 3 – *Często*, 4 – *Prawie zawsze*). Im wyższy uzyskany przez respondenta wynik, tym istotniejszy konkretny motyw w podejmowaniu aktywności o charakterze hazardowym. Zsumowany wynik badania należy odnieść do wyników norm centylowych zamieszczonych w tabelach w podręczniku (Niewiadomska i in., 2014, s. 26).

Arkusz z poszczególnymi twierdzeniami GMQ zawiera miejsce na wpisanie wyników uzyskanych przez badanego, metryczkę (pytania o imię, nazwisko, wiek, płeć i datę badania) i ogólną instrukcję wypełniania. Badanie *Kwestionariuszem Motywów Hazardowych* GMQ można prowadzić zarówno indywidualnie jak i grupowo. Czas wypełniania arkusza odpowiedzi przez osobę badaną wynosi około 4-7 minut (Niewiadomska i in., 2014, s. 26).

Należy podkreślić, że *Gambling Motives Questionnaire* (GMQ) jest rzetelnym i trafnym narzędziem, które można wykorzystywać zarówno w celach badawczych, jak i praktyce profilaktycznej i klinicznej nałogowych hazardzistów (Stewart i in., 2008).

Charakterystyka metody *Gambling Attitude and Beliefs Scale* (GABS) – *Kwestionariusza Przekonań i Postaw wobec Hazardu.* GABS w odróżnieniu od innych metod skupiających się na konsekwencjach będących rezultatem hazardu (np. *South Oaks Gambling Screet SOGS*; Lesieur, Blume, 1987), pozwala ocenić jakie przekonania, postawy, nadawane wartości oraz błędne myśli towarzyszące różnemu zaangażowaniu w granie hazardowe obecne są życiu osoby grającej. Narzędzie pozwala zbadać ukryte nastawienie do hazardu (Strong, i in. 2004). Oryginalny kwestionariusz zawiera 35 twierdzeń, które dotykają takich obszarów, jak: strategie, rywalizacja, postawy, szczęście emocje (Breen, Zuckerman 1999).

Polska adaptacja skali GABS składa się również z 35 pozycji, na które badany udziela odpowiedzi na czterostopniowej skali (1 – *Zdecydowanie się nie zgadzam*; 2 – *Nie zgadzam się;* 3 – *Zgadzam się*; 4 – *Zdecydowanie się zgadzam*). Im wyższy wynik stanowiący sumę wszystkich odpowiedzi, tym większy stopień skłonności do podejmowania gier hazardowych. Wynik badania odnosimy do wyników średnich umieszczonych w podręczniku (Niewiadomska i in. 2014, s. 36). Oprócz pytań diagnostycznych arkusz z metodą zawiera instrukcję i metryczkę, w skład której wchodzą pytania o imię, nazwisko, wiek, płeć i datę badania. Kwestionariusz może być wykorzystany do badania indywidualnego lub grupowego. Czas badania wynosi ok. 10-12 minut (Niewiadomska i in., 2014, s. 35).

Kwestionariusz Przekonań i Postaw wobec Hazardu GABS może być wykorzystywany do badania:

- przekonań na temat hazardu, które mogą nasilać granie hazardowe, poprzedzających doświadczanie negatywnych konsekwencji i problemów płynących z hazardu (Breen 2000; Lejuez i in., 2003)
- elementów odzwierciedlających aspekt pozytywnej autoprezentacji poprzez uprawianie hazardu (Holtgraves, 1988)
- instrumentalnego używania gier hazardowych w celu zwiększania pozytywnego i zmniejszania negatywnego afektu (Breen, Zuckerman, 1999)
- preferencji patologicznych graczy odnośnie zachowań hazardowych związanych z ekonomicznym podejściem do grania (Ligneul i in., 2012).

Dla przykładu można wskazać badania przeprowadzone za pomocą kwestionariusza GABS, które wykazały, że osoby grające patologicznie, czerpią motywację z korzyści finansowych, natomiast osoby mniej podatne na problemowe granie częściej kierują się potrzebą doświadczania ryzyka (Hahn i in., 2013).

Charakterystyka metody *Gambling Related Cognitions Scale* (GRCS) – *Skali Myśli Związanych z Hazardem.* Opisywane narzędzie stanowi przykład standaryzowanej metody, za pomocą której dokonuje się pomiaru błędów poznawczych. W przeciwieństwie do zorientowanych klinicznie skal hazardowych (np. *South Oaks Gambling Screen*), wyniki GRCS adekwatnie rozkładają się w populacji osób bez problemowego grania (Raylu, Oei 2004a; Raylu, Oei, 2004b). Wersja oryginalna GRCS składa się z 23 itemów, które konstytuują 5 podskal (Raylu, Oeib, 2004):

1. iluzja kontroli,
2. kontrola predykcyjna,
3. błędy interpretacyjne,
4. oczekiwania hazardowe,
5. niemożność przerwania gry.

Polska wersja skali GRCS składa się natomiast z dwóch podskal:

- podskala 1.: niemożność przerwania gry/błędy interpretacyjne/iluzja kontroli zawiera 14 pozycji,
- podskala 2.: kontrola predykcyjna posiada 9 pozycji.

Badany ocenia, w jakim stopniu zgadza się z każdym twierdzeniem na siedmiostopniowej skali (1 – *Zdecydowanie nie zgadzam się;* 2 – *Nie zgadzam się;* 3 – *Raczej nie zgadzam się;* 4 – *Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam;* 5 – *Raczej zgadzam się;* 6 – *Zgadzam się;* 7 – *Zdecydowanie zgadzam się).* Uzyskane od osoby badanej oceny podlegają zsumowaniu w poszczególnych podskalach oraz wyniku globalnym zgodnie z kluczem zamieszczonym w podręczniku (Niewiadomska i in. 2014, s. 49). Wyższe wyniki uzyskane przez badanego wskazują na większe nasilenie jego podatności na błędy poznawcze dotyczące hazardu. Badanie za pomocą GRCS można prowadzić indywidualnie lub grupowo. Przeciętny czas badania za pomocą skali GRCS wynosi około 10 minut (Niewiadomska i in., 2014, s. 48).

Ważną rekomendacją *Skali Myśli Związanych z Hazardem* GRCS jest to, że jest ona opisywana w literaturze światowej jako powszechnie stosowane narzędzie do badania populacji graczy hazardowych.

2. Metodologia prowadzonych badań

Sposób prowadzenia badań. Badania adaptacyjne zostały zrealizowane w okresie październik-listopad 2013 roku oraz kwiecień-maj 2014 roku na próbie uczniów szkół ponadgimnazjalnych z terenu województwa lubelskiego. Adaptacja została przeprowadzona przy zachowaniu najwyższych standardów metodologicznych, uwzględniając wszystkie wymagane etapy. W celu uzyskania reprezentatywnych wyników przeprowadzono losowanie badanych, podczas którego uwzględniono takie kryteria, jak:

- wielkość miejscowości w jakiej znajduje się szkoła (miasto i wieś do 5 tys. mieszkańców/ miasto pow. 5 tys. mieszkańców),
- rodzaj szkoły (publiczna/niepubliczna),
- zdawalność egzaminu końcowego (poniżej 50% / powyżej 50%),
- typ szkoły (szkoła zawodowa/liceum ogólnokształcące/technikum).

Zestaw badawczy zawierał instrukcję, kwestionariusze ujmujące zjawisko hazardu i metryczkę z pytaniami dotyczącymi m.in.: wieku, płci, zamieszkania i miejsca zamieszkania do 10. r. ż., ocen w ostatnim zakończonym roku szkolnym, planów dotyczących dalszej edukacji, struktury rodziny pochodzenia, warunków materialnych i atmosfery w rodzinie, wykształcenia rodziców, stosunku do religii, informacji na temat autorytetów, ilości pieniędzy, które miała do dyspozycji osoba badana w postaci kieszonkowego, częstości podejmowania różnych form hazardu (np. gry w karty na pieniądze, zakłady konne, zakłady sportowe itp.), wieku inicjacji grania hazardowego.

Spośród dużej liczby metod dostępnych w literaturze przedmiotu, wybrano opisane w poprzedniej części cztery narzędzia, które zostały przetłumaczone z języka angielskiego zgodnie z procedurami adaptacyjnymi obowiązującymi w psychologii. Zastosowano dwa obiektywne kryteria doboru metod:

1. wyniki badań pilotażowych zrealizowanych na grupie młodzieży, po których obliczono m.in. procent braków odpowiedzi, miary rzetelności oraz korelacje z metodami ujmującymi poziom aprobaty społecznej;
2. liczbę cytowań w literaturze światowej tych artykułów, w których opisane zostały metody do badań problemów hazardowych.

Badania adaptacyjne zostały przeprowadzone grupowo przez przeszkolonych ankieterów w szkołach wcześniej wylosowanych do badania. Ankieterzy w oparciu o listę placówek nawiązywali kontakt z dyrektorami szkół i prosili o zgodę na wykonanie badań. Po jej uzyskaniu przychodzili na zajęcia w konkretnej klasie i przeprowadzali badania.

Charakterystyka badanych osób. W badaniu wzięło udział 631 uczniów z 48 wylosowanych klas ze szkół ponadgimnazjalnych (26,8% z liceów, 53,6% z techników i 19,6% ze szkół zawodowych). Wiek ankietowanych wahał się między 17. a 21. rokiem życia (M=18,49; SD=0,65; 51,6% osiemnastolatków, 41,2% dziewiętnastolatków, 3,8% dwudziestolatków, 2,5% siedemnastolatków, 0,8% dwudziestojednolatków), w tym 42% kobiet i 58% mężczyzn. W populacji badanych znalazło się 69,3% młodzieży ze wsi, 18,3% – z miast do 50 tysięcy mieszkańców oraz 12,3% – z miast powyżej 50 tysięcy mieszkańców. Młodzież uczestnicząca w badaniu adaptacyjnym wywodziła się z rodzin, w których ojcowie posiadali w 47,7% wykształcenie zawodowe, 35,5% – średnie, 9,4% – podstawowe i 7,4% – wykształcenie wyższe. Natomiast matki uczestników próby adaptacyjnej miały w 43,3% wykształcenie średnie, 41,4% – zawodowe, 7,6% – wyższe, a w 7,6% – wykształcenie podstawowe.

3. Wyniki przeprowadzonych badań adaptacyjnych

Rezultaty wskazujące na właściwości psychometryczne polskiej adaptacji metody *Brief Biosocial Gambling Screen* (BBGS) – *Krótkiego Biospołecznego Narzędzia Przesiewowego do Hazardu.* Czułość polskiej wersji BBGS oszacowano na próbie 959 osób, stanowiących próbę reprezentatywną uczniów szkół średnich województwa lubelskiego. 297 osób grało w gry hazardowe w przeciągu ostatnich 12 miesięcy. Warunkiem dla oceny czułości BBGS były pytania odpowiadające kryteriom grania patologicznego zawartym w DSM-IV.

Podsumowując przeprowadzone analizy statystyczne można stwierdzić, że oryginalna metoda przedstawiała następujące parametry: czułość – 0,96; pozytywna wartość predykcyjna – 0,36. Polska wersja skali ma słabsze niż jej oryginalny odpowiednik własności: czułość – 0,82; pozytywna wartość predykcyjna – 0,30 (Niewiadomska i in., 2014, s. 15-16).

Trafność teoretyczną polskiej wersji skali szacowano, analizując jej związki ze zmiennymi, które są w istotny sposób powiązane z hazardem patologicznym. Były to: płeć oraz poziom zaangażowania w grę hazardową mierzony przy pomocy polskiej wersji SOGS-RA (alfa-Cronbacha = 0,90 w polskiej adaptacji przeprowadzonej w 2013 roku przez zespół: Niewiadomska, Augustynowicz, Palacz-Chrisidis, Bartczuk, Wiechetek, Chwaszcz). Analiza zależności została przeprowadzona na grupie młodzieży grającej w ciągu ostatnich 12 miesięcy. W badaniach korelatów BBGS stwierdzono występowanie:

- dodatniej zależności między ryzykiem hazardu patologicznego a płcią (phi=0,11; p=0,041; n=297),
- dodatniej zależności między ryzykiem hazardu patologicznego a poziomem zaangażowania w grę hazardową (chi-kwadrat (2) = 67,32; p<0,001).

Zaprezentowane wyniki wskazują na dość wysoką trafność teoretyczną polskiej wersji BBGS w badanym zakresie (Niewiadomska i in., 2014, s. 14).

Rezultaty wskazujące na właściwości psychometryczne polskiej adaptacji metody *Gambling Motives Questionnaire* (GMQ) – *Kwestionariusza Motywów Hazardowych.* W polskich badaniach adaptacyjnych przeprowadzonych na grupie młodzieży w wieku 17-21 lat (n=485) wyniki analizy czynnikowej (przeprowadzonej metodą oblimin), która została wykonana na twierdzeniach skali GMQ, nie potwierdziły występowania takiego samego układu wymiarów, jak w wersji oryginalnej. Uzyskane rozwiązanie wyjaśnia 77% wariancji i udało się w nim dość dobrze odwzorować psychologiczny sens wymiarów odnoszących się do motywów społecznych oraz radzenia sobie ze stresem. Motyw wzmacniania siebie nie został w ogóle odwzorowany, ponieważ twierdzenia, które go tworzyły w oryginalnej wersji, przesunęły się do dwóch wyżej wymienionych wymiarów. Wskaźniki rzetelności (alfa Cronbacha) otrzymane dla wyodrębnionych w warunkach polskich wymiarów wynoszą:

- 0,94 dla społecznych motywów grania,
- 0,94 dla motywów grania jako sposobu radzenia sobie ze stresem.

Uzyskane współczynniki są bardzo wysokie i wskazują na dużą jednorodność pozycji tworzących każdy z wymiarów (Niewiadomska i in. 2014, s. 22-23).

Trafność teoretyczną skali adaptowanej do polskich warunków oceniano poprzez sprawdzenie związku wyodrębnionych w niej czynników z płcią oraz poziomem zaangażowania w hazard mierzonym przy pomocy polskiej wersji SOGS-RA (alfa-Cronbacha = 0,90 w polskiej adaptacji przeprowadzonej w 2013 roku przez zespół: Niewiadomska, Augustynowicz, Palacz-Chrisidis, Bartczuk, Wiechetek, Chwaszcz). Zakładano występowanie różnic w wynikach GMQ z uwagi na płeć i pozytywny związek czynników wyodrębnionych w metodzie z rezultatami uzyskanymi w SOGS-RA.

Przeprowadzone analizy wykazały, że mężczyźni uzyskali istotnie wyższe wyniki od kobiet w obydwu wymiarach GMQ:

- społeczne motywy grania: M kobiety = 7,47 (SD = 3,58); M mężczyźni = 9,04 (SD = 4,44); t(479,202)=4,32; p=0,000;

- motywy grania związane ze sposobem radzenia sobie ze stresem: M kobiety = 6,61 (SD = 2,38); M mężczyźni = 7,63 (SD = 3,58); t(478,121)=3,75; p=0,000).

Stwierdzono również występowanie dodatniej (i podobnej pod względem siły) zależności między wyodrębnionymi motywami hazardowymi a nasileniem podejmowania zachowań hazardowych mierzonych za pomocą SOGS-RA:

- w przypadku społecznego motywu grania związek wyniósł (r=0,53; p<0,01; n=250).
- dla motywu związanego z graniem wynikającym ze sposobu radzenia sobie ze stresem korelacja okazała się również istotna statystycznie i wyniosła (r=0,55; p=0,001; n=250).

Zaprezentowane wyniki wskazują zatem na wystarczająco wysoką trafność teoretyczną polskiej wersji GMQ (Niewiadomska i in., 2014, s. 22-23).

Rezultaty wskazujące na właściwości psychometryczne polskiej adaptacji metody *Gambling Attitude and Beliefs Scale* (GABS) – *Kwestionariusza Przekonań i Postaw wobec Hazardu.* W polskiej adaptacji metody analiza struktury wewnętrznej GABS została przeprowadzona za pomocą eksploracyjnej analizy czynnikowej na wynikach 466 osób. Zastosowana procedura statystyczna potwierdziła występowanie, podobnie jak w wersji oryginalnej, jednego czynnika. Rozwiązanie to wyjaśnia około 76% wariancji ujmowanego konstruktu. Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że polska wersja GABS zawiera tylko jeden wymiar. Bezwzględne ładunki czynnikowe poszczególnych pozycji skali wahają się w przedziale od 0,62 do 0,94 (Niewiadomska i in., 2014, s. 32).

Rzetelność skali GABS oszacowano na grupie 466 osób, stanowiącej próbę reprezentatywną uczniów szkół średnich województwa lubelskiego. Współczynnik alfa-Cronbacha wyniósł 0,97 i okazał się zadowalający (Niewiadomska i in., 2014, s. 33), ponieważ rzetelność oryginalnej wersji skali waha się od 0,89 do 0,93 w zależności od badanej grupy (Strong i in., 2004).

Trafność teoretyczną skali adaptowanej do polskich warunków szacowano sprawdzając związek pomiędzy uzyskanymi w niej wynikami a płcią oraz nasileniem zaangażowania w zachowania hazardowe, mierzonym przy pomocy polskiej wersji SOGS-RA (alfa-Cronbacha = 0,90 w polskiej adaptacji przeprowadzonej w 2013 roku przez zespół: Niewiadomska, Augustynowicz, Palacz-Chrisidis, Bartczuk, Wiechetek, Chwaszcz). Zakładano różnice w wynikach GABS z uwagi na płeć i pozytywny związek rezultatów uzyskanych w GABS z wynikami otrzymanymi w SOGS-RA.

- W badaniach korelatów GABS ujawniono, że mężczyźni uzyskali istotnie wyższe wyniki od kobiet (M kobiety = 60,36 (SD = 27,31); M mężczyźni = 67,95 (SD = 28,92); $t(464)=2,89$; $p=0,004$).
- Stwierdzono również występowanie dodatniej zależności między skłonnością do hazardu (wyniki w GABS) a podejmowaniem patologicznych zachowań hazardowych mierzonych za pomocą SOGS-RA ($r=0,43$; $p<0,001$; $n=250$).

Powyższe wyniki wskazują na dobrą trafność teoretyczną polskiej wersji GABS (Niewiadomska i in., 2014, s. 33).

Rezultaty wskazujące na właściwości psychometryczne polskiej adaptacji metody *Gambling Related Cognitions Scale* (GRCS) – *Skali Myśli Związanych z Hazardem.* Oryginalna wersja GRCS posiada wysokie współczynniki wewnętrznej spójności zarówno dla całej metody (alfa = 0,93), jak również dla pięciu wyodrębnionych podskal: alfa = 0,77-0,91 (Raylu, Oei, 2004b).

W polskiej adaptacji analiza struktury wewnętrznej GRCS została przeprowadzona za pomocą eksploracyjnej analizy czynnikowej, uzyskanej w oparciu o wyniki 474 osób, które wypełniły GRCS. Próba odzwierciedlenia oryginalnej struktury skali poprzez wyłonienie 5 czynników ortogonalnych nie powiodła się. Powtórna analiza czynnikowa wyłoniła 2 czynniki, które wyjaśniały łącznie 70,6% wariancji. Po przeprowadzeniu rotacji skośnej oblimin na macierzy ładunków czynnikowych otrzymano 2 wymiary:

- czynnik I – niemożność przerwania gry/błędy interpretacyjne/iluzja kontroli (w tym wymiarze znalazły się twierdzenia, które oryginalnie należały do trzech podskal, zaś największe ładunki czynnikowe uzyskały w nim pozycje z wymiaru: niemożność przerwania gry),
- czynnik II – kontrola predykcyjna (trzon tego wymiaru stanowią również pozycje z oryginalnej podskali: kontrola predykcyjna).

Różnice pomiędzy strukturą oryginalnej wersji GRCS i jej polskiej adaptacji mogą odzwierciedlać różnice międzykulturowe bądź procesy rozwojowe. Oryginalna skala GRCS została skonstruowana i zwalidowana na populacji osób dorosłych. Być może w okresie dorastania błędy poznawcze dotyczące hazardu nie są jeszcze dobrze zróżnicowane. Wyjątek w tym kontekście stanowi jedynie błąd kontroli predykcyjnej (Niewiadomska i in., 2014, s. 42-43).

Rzetelność skali GRCS oszacowano na próbie 474 osób. Współczynnik alfa-Cronbacha wyniósł (Niewiadomska i in., 2014, s. 43):

- 0,94 dla czynnika I (niemożność przerwania gry/błędy interpretacyjne/iluzja kontroli),
- 0,90 dla czynnika II (kontrola predykcyjna),
- 0,95 dla całej skali.

Uzyskane wskaźniki rzetelności dla polskiej adaptacji skali są porównywalne z rzetelnością wersji oryginalnej GRCS, która wynosi 0,93 (Raylu, Oei, 2004).

Trafność teoretyczną polskiej wersji skali szacowano analizując jej związki ze zmiennymi, które są powiązane z uleganiem błędom poznawczym. Były to płeć oraz nasilenie zachowań hazardowych, mierzonych przy pomocy polskiej wersji SOGS-RA (alfa-Cronbacha = 0,90 w polskiej adaptacji przeprowadzonej w 2013 roku przez zespół: Niewiadomska, Augustynowicz, Palacz-Chrisidis, Bartczuk, Wiechetek, Chwaszcz). W przypadku obu tych zmiennych obserwowano zależności z wynikami w oryginalnej GRCS (Raylu, Oei 2004). Oczekiwano, że mężczyźni uzyskają wyniki wyższe w GRCS oraz, że wyniki tej skali będą pozytywnie skorelowane z występowaniem hazardu patologicznego.

Przeprowadzone obliczenia statystyczne pozwalają na stwierdzenie, że w obu czynnikach mężczyźni uzyskali istotnie wyższe wyniki od kobiet:

- czynnik I (niemożność przerwania gry/błędy interpretacyjne/iluzja kontroli): M kobiety = 15,24 (SD = 3,42); M mężczyźni = 21,85 (SD = 14,95); t(70,914) = -3,30; p = 0,002
- czynnik II (kontrola predykcyjna): M kobiety = 10,61 (SD = 3,82); M mężczyźni = 15,02 (SD = 10,53); t(83,443)=-2,93; p=0,004).

Należy przy tym zauważyć, że rozkłady mężczyzn charakteryzowały się ponadto znacznie większą dyspersją wyników od rozkładów kobiet (niemożność przerwania gry/błędy interpretacyjne/iluzja kontroli: F = 22,383; p <0,001; kontrola predykcyjna: F=17,214; p<0,001).

Stwierdzono również występowanie dodatniej zależności między błędami poznawczymi a nasileniem działań hazardowych mierzonych za pomocą SOGS-RA:

- r=0,47; p<0,001 (n=93) dla czynnika I (niemożność przerwania gry/błędy interpretacyjne/iluzja kontroli),
- r=0,52; p<0,001 (n=93) dla czynnika II (kontrola predykcyjna).

Wyniki te wskazują na dość wysoką trafność teoretyczną polskiej wersji GRCS w badanym zakresie (Niewiadomska i in., 2014, s. 44).

4. Wnioski wynikające z przeprowadzonych badań

Wniosek 1.: Polska adaptacja czterech narzędzi: *Brief Biosocial Gambling Screen* BBGS (*Krótkiego Biospołecznego Narzędzia Przesiewowego do Hazardu*), *Gambling Motives Questionnaire* GMQ (*Kwestionariusza Motywów Hazardowych*), *Gambling Attitude and Beliefs Scale* GABS (*Kwestionariusza Przekonań i Postaw wobec Hazardu*), *Gambling Related Cognitions Scale* GRCS (*Skali Myśli Związanych z Hazardem* – stanowi odpowiedź na duże zapotrzebowanie w Polsce na metody diagnostyczne skierowane do osób grających w gry hazardowe.

Wniosek 2.: Szczególnie odczuwany w Polsce jest brak metod diagnostycznych przeznaczonych dla młodzieży, które pozwoliłyby na bazie uzyskanych wyników inicjować i planować różnego rodzaju działania – m.in. w obszarze trzech rodzajów profilaktyki (uniwersalnej, selektywnej i wskazującej) oraz terapii osób uzależnionych od hazardu. Przedstawiony argument uzasadnia fakt, że procedura adaptacyjna została przeprowadzona na populacji młodzieży ponadgimnazjalnej z terenu województwa lubelskiego.

Wniosek 3.: Wyniki przeprowadzonych działań adaptacyjnych są zadawalające pod względem rzetelności przetłumaczonych narzędzi. O wysokiej jakości polskiej wersji baterii czterech metod służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem u młodzieży świadczą psychometryczne wskaźniki rzetelności poszczególnych narzędzi. Czułość *Krótkiego Biospołecznego Narzędzia Przesiewowego do Hazardu* wynosi 0,82, a pozytywna wartość predykcyjna tej metody – 0,30. Wskaźniki rzetelności (alfa Cronbacha) otrzymane dla wyodrębnionych w warunkach polskich wymiarów w *Kwestionariuszu Motywów Hazardowych* wynoszą: 0,94 (dla społecznych motywów grania) oraz 0,94 (dla motywów grania jako sposobu radzenia sobie ze stresem). Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha dla *Kwestionariusza Przekonań i Postaw wobec Hazardu* wynosi 0,97. Zaś rzetelność *Skali Myśli Związanych z Hazardem*, mierzona współczynnikami alfa Cronbacha wynosi: 0,94 (dla czynnika I), 0,90 (dla czynnika II) oraz 0,95 (dla całej skali).

Wniosek 4.: Proces adaptacji baterii metod służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem okazał się również zadawalający pod względem ich trafności, która była mierzona za pomocą korelacji z dwoma kryteriami, które w istotny sposób łączą się

z patologicznym hazardem – płcią oraz poziomem zaangażowania w grę hazardową, mierzonym za pomocą polskiej wersji SOGS-RA. Pierwszym potwierdzeniem zaprezentowanego wniosku jest to, że korelacje między płcią a wynikami w poszczególnych narzędziach diagnostycznych na próbie młodzieży uczestniczącej w badaniach adaptacyjnych kształtują się na następującym poziomie:

- *Krótkie Biospołeczne Narzędzie Przesiewowe do Hazardu:* (phi=0,11; p=0,041; n=297);
- *Kwestionariusz Motywów Hazardowych*:
  - czynnik społeczne motywy grania: M kobiety = 7,47 (SD = 3,58); M mężczyźni = 9,04 (SD = 4,44); t(479,202)=4,32; p=0,000;
  - czynnik motywy grania związane ze sposobem radzenia sobie ze stresem: M kobiety = 6,61 (SD = 2,38); M mężczyźni = 7,63 (SD = 3,58); t(478,121)=3,75; p=0,000);
- *Kwestionariusz Przekonań i Postaw wobec Hazardu*: mężczyźni uzyskali istotnie wyższe wyniki od kobiet (M kobiety = 60,36 (SD = 27,31); M mężczyźni = 67,95 (SD = 28,92); t(464)=2,89; p=0,004);
- *Skala Myśli Związanych z Hazardem*:
  - czynnik I: M kobiety = 15,24 (SD = 3,42); M mężczyźni = 21,85 (SD = 14,95); t(70,914) = -3,30; p = 0,002;
  - czynnik II: M kobiety = 10,61 (SD = 3,82); M mężczyźni = 15,02 (SD = 10,53); t(83,443)=-2,93; p=0,004).

Drugim argumentem świadczącym o dobrej trafności baterii adaptowanych metod są związki między poziomem zaangażowania w gry hazardowe (mierzonym za pomocą SOGS-RA) a rezultatami w poszczególnych narzędziach diagnostycznych, które kształtują się w następujący sposób:

- z wynikami w *Krótkim Biospołecznym Narzędziu Przesiewowym do Hazardu* kształtuje się dodatni związek na poziomie istotności statystycznej (chi-kwadrat (2) = 67,32; p<0,001);
- z rezultatami w *Kwestionariuszu Motywów Hazardowych* zaznacza się istotna statystycznie korelacja dodatnie zarówno w przypadku społecznego motywu grania (r=0,53; p<0,01), jak również w aspekcie motywu związanego z graniem wynikającym ze sposobu radzenia sobie ze stresem (r=0,55; p=0,001);
- z wynikami w *Kwestionariuszu Przekonań i Postaw wobec Hazardu* także stwierdzono występowanie istotnej statystycznie zależności o dodatnim charakterze (r=0,43; p<0,001);

- z rezultatami w *Skali Myśli Związanych z Hazardem* uzyskano dodatnie korelacje zarówno dla czynnika I (r=0,47; p<0,001), jak też dla czynnika II (r=0,52; p<0,001).

5. Możliwości wykorzystania polskiej adaptacji metod do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem u młodzieży

Bateria zaadaptowanych metod diagnostycznych może być wykorzystywana przez specjalistów zajmujących się zawodowo wspieraniem rozwoju młodzieży – m.in. przez psychologów, pedagogów, nauczycieli, profilaktyków oraz terapeutów – w celu pozyskiwania informacji w badaniach indywidualnych i/lub grupowych dotyczących oceny ryzyka zaburzeń związanych z zachowaniami hazardowymi.

Rekomendacje dla *Krótkiego Biospołecznego Narzędzia Przesiewowego do Hazardu* BBGS. Może być ono wykorzystywane jako prosta metoda do identyfikowania problemów związanych z występowaniem patologicznego hazardu. Ważne jest to, że może być ono stosowane w badaniach indywidualnych i grupowych. Do jego walorów należy również zaliczyć zwięzłość i krótki czas badania (około 30 sekund), a jednocześnie dobre właściwości psychometryczne. Na podkreślenie zasługuje również fakt, że BBGS jest testem przesiewowym, którego wyniki pozwalają szybko wyodrębnić osoby, które wymagają bardziej wnikliwej oceny w zakresie występowania objawów patologicznego hazardu.

Rekomendacje dla *Kwestionariusza Motywów Hazardowych* GMQ. Narzędzie to umożliwia zapoznanie się motywacją osoby grającej w gry losowe. Dzięki tej metodzie można poznać nasilenie występowania dwóch rodzajów motywów, które skłaniają do hazardu: 1) motywów społecznych, 2) motywów związanych ze sposobami radzenia sobie ze stresem. Jako rekomendację do stosowania tego narzędzia można przytoczyć następujące argumenty:

- możliwość prowadzenia badań indywidualnych i grupowych
- krótki czas badania (około 4-7 minut)
- wysokie standardy psychometryczne (rzetelność i trafność).

Rekomendacje dla *Kwestionariusza Przekonań i Postaw wobec Hazardu* GABS. Narzędzie to pozwala ocenić jakie przekonania, postawy, preferowane wartości oraz błędne

myśli towarzyszą zachowaniom hazardowym. Szczególnie ważne jest to, że wyniki uzyskane w metodzie pozwalają na wyodrębnienie takich przekonań na temat uprawiania hazardu, które mogą nasilać zaangażowanie w gry losowe młodej osoby w sytuacji, gdy jeszcze nie są zauważalne negatywne konsekwencje tego rodzaju postępowania. Do pozostałych zalet tej metody należy zaliczyć: a) możliwość prowadzenia badań na poziomie indywidualnym i grupowym, b) krótki czas badania (około 10-12 minut), c) wysokie standardy psychometryczne.

Rekomendacje dla *Skali Myśli Związanych z Hazardem* GRCS. Narzędzie pozwala na zbadanie takich aspektów funkcjonowania osoby badanej, jak: niemożność przerwania gry, błędy interpretacyjne, iluzja kontroli oraz nasilenie kontroli predykcyjnej. Analogicznie do poprzednich metod, GRCS cechuje się takimi walorami, jak: a) dobra trafność i rzetelność, b) możliwość prowadzenia badań indywidualnych i grupowych, c) krótki czas badania (około 10 minut).

Szczegółowy opis rekomendowanych narzędzi wraz z objaśnieniem procedury badania, obliczania i interpretacji uzyskanych wyników, jak również gotowe arkusze badawcze można znaleźć w podręczniku: Iwona Niewiadomska, Weronika Augustynowicz, Agnieszka Palacz-Chrisidis, Rafał Bartczuk, Michał Wiechetek, Joanna Chwaszcz (2014). *Bateria metod służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem.* Lublin: Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii, Stowarzyszenie NATANAELUM. Wersja elektroniczna podręcznika jest możliwa do pobrania na stronie www.natanaelum.pl.

Osobom prowadzącym analizy w zakresie oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem u młodzieży powinna towarzyszyć refleksja, że proces diagnozy oparty na badaniach kwestionariuszowych jest zjawiskiem wieloetapowym i złożonym. Dlatego warto w nim uwzględnić standardy wypracowane przez Międzynarodową Komisję do Spraw Testów (*International Test Commission* – ITC) oraz informacje dotyczące etapów stosowania narzędzi diagnostycznych.

Wytyczne Międzynarodowej Komisji ds. Testów z 2000 roku wskazują, aby (Niewiadomska i in., 2014, s. 10):

1. W przypadku każdego badania ocenić potencjalną użyteczność stosowanego narzędzia diagnostycznego.
2. Wybrać spośród narzędzi ocenianych jako odpowiednie w danej sytuacji te z nich, które są technicznie solidne, czyli trafne i rzetelne. Poprzez trafność oceniamy czy konkretny test mierzy daną cechę, właściwość, umiejętność, do mierzenia której został

skonstruowany. Rzetelność natomiast dotyczy dokładności pomiaru (por. Mańkowska, 2010).

3. Osoba przeprowadzająca badanie przeanalizowała kwestię własnej bezstronności w trakcie jego prowadzenia.
4. Badacz odpowiednio przygotował sesje testowe (m.in. wybrał właściwy czas i miejsce, poinformował o prawach osób badanych, uzyskał zgodę na udział w badaniu).
5. Prawidłowo przeprowadzić badanie testowe (rozpocząć od przywitania się, nawiązania kontaktu, zredukować ewentualny niepokój, sprawdzić czy osoby badane mają odpowiednie materiały do wypełnienia testu i czy zrozumiały instrukcję).
6. Dokładnie obliczać i analizować wyniki w teście dzięki przestrzeganiu standardowych procedur obliczania wyników zapisanych w podręczniku lub instrukcji użytkowania metody i sprawdzaniu za każdym razem poprawności wszelkich przekształceń.
7. Osoba badająca właściwie interpretowała wyniki, tzn. kierowała się zasadami opisanymi w podręczniku do metody, odnosiła wyniki do właściwych norm, zwracała uwagę na wszelkie informacje zwrotne dotyczące problemów ze stosowaniem testu i uwzględniała je w procedurze badawczej.
8. Jasno i precyzyjnie przedstawiać wyniki osobie badanej – m.in. poprzez dostosowanie formy i słownictwa do konkretnego odbiorcy, upewnienie się, czy wszystkie informacje zostały odpowiednio zrozumiane, prezentowanie informacji w konstruktywnej i pozytywnej formie.
9. Badacz na bieżąco sprawdzał przydatność testu – głównie za pomocą poszukiwania informacji na temat nowych wersji metody i sprawdzania aktualizacji norm.

W podsumowaniu części odnoszącej się do możliwości wykorzystania polskiej adaptacji metod do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem u młodzieży warto postawić pytania pobudzające refleksję potencjalnych użytkowników w zakresie realizowania przez nich kolejnych etapów diagnostycznych, w których są wykorzystywane standardowe narzędzia badawcze (Niewiadomska i in. 2014, s. 11):

- W jaki sposób nawiążę odpowiedni kontakt z osobą badaną?
- W jaki sposób uświadomię badanemu cel prowadzonych analiz?
- W jaki sposób przekażę osobie badanej instrukcje dotyczące wypełniania metody?
- W jaki sposób upewnię się, że badany zrozumiał instrukcję?
- W jaki sposób zapewnię komfort w czasie wypełniania metody przez badanego?

- W jaki sposób sprawdzę poprawność wypełnienia arkusza odpowiedzi?
- W jaki sposób obliczę wyniki uzyskane w metodzie przez osobę badaną?
- W jaki sposób wpiszę wyniki do tabeli wyników surowych?
- W jaki sposób wpiszę rezultaty do tabeli wyników przeliczonych (jeżeli metoda posiada wyniki przeliczone)?
- W jaki sposób dokonam interpretacji wyników uzyskanych przez badanego?
- W jaki sposób przekażę informację zwrotną osobie badanej wraz z ewentualną ofertą dalszego wsparcia lub miejsc, gdzie może uzyskać fachową pomoc?

Bibliografia:

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Breen R., Zuckerman M. (1999). "Chasing" in gambling behavior: Personality and cognitive determinants. *Personality and Individual Differences* 27, 1097-1111.

Breen R. (2000). Gambling History Questionnaire, Brown University School of Medicine, Providence, RI.

Cooper M., Russell M., Skinner J., Windle M. (1992). Development and Validation of a Threedimensional Measure of Drinking Motives. *Psychological Assessment* 4 (2), 123-132.

Dechant K., Ellery M. (2011). The Effect of Including a Monetary Motive Item on the Gambling Motives Questionnaire in a Sample of Moderate Gamblers. *Journal of Gambling Studies* 27, 331-334.

Dowling, N., Jackson, A., Thomas, Sh., Frydenberg, E. (2010). *Children at Risk of Developing Problem Gambling*. Australia: The University of Melbourne, Monash University, Vicctorian Government initiative.

Dowling N., Jackson A., Suomi A., Lavis T., Thomas S., Patford J., Harvey P., Battersby M., Koziol-McLain J., Abbott M., Bellringer M. (2014). Problem gambling and family violence: Prevalence and patterns in treatment-seekers. *Addictive Behaviors* 39, 1713-1717.

Hahn C., Wilson T., McRae K., Gilbert D. (2013). Show Me the Money: Vulnerability to Gambling Moderates the Attractiveness of Money Versus Suspense. *Personality and Social Psychology Bulletin* 39, 1259.

Kessler R., Hwang I., LaBrie R., Petukhova M., Sampson N., Shaffer H. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine* 38, 1351-60.

Ladouceur R., Gaboury A., Dumont M., Rochette P. (1987). Gambling: relationship between the frequency of win and irrational thinking. *The Journal of Psychology* 122 (4), 409–414.

Ligneul R., Sescousse G., Barbalat G., Domenech P., Dreher J. (2012). Shifted risk preferences in pathological gambling. *Psychological Medicine* 1, 10.

Mańkowska M. (2010). *Wprowadzenie do psychometrii*. Lublin: Wydawnictwo KUL.

Niewiadomska I., Augustynowicz W., Palacz-Chrisidis A., Bartczuk R., P., Wiechetek M., Chwaszcz J. (2014). *Bateria metod służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem.* Lublin: Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii, Stowarzyszenie NATANAELUM.

O'Connor J., Dickerson M. (2003). Definition and measurement of chasing in off-course betting angaming machine play. *Journal of Gambling Study* 19, 359-386.

Petry N., Stinson F., Grant B. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry* 66 (5), 564-574.

Raylu N., Oei T. (2004). Role of culture in gambling and problem gambling. *Clinical Psychology Review* 23 (8), 1087-1114.

Raylu N., Oei T. (2004). The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): Development, confirmatory factor validation, and psychometric properties. *Addiction* 99, 757-769.

Stewart S., Zack M. (2008). Development and Psychometric Evaluation of a Three-Dimension Gambling

Motives Questionnaire. *Addiction* 103, 1110-1117.
Stewart Sh., Collins P., Zack M., Klein R. (2008). Subtyping Pathological Gamblers on the Basis of Affective Motivations for Gambling: Relations to Gambling Problems, Drinking Problems, and Affective Motivations for Drinking. *Psychology of Addictive Behaviors* 22 (2), 257-268.
Strong D., Breen R., Lejuez C. (2004). Using item response theory to examine gambling attitudes and beliefs. *Personality and Individual Differences* 36, 1515-1529.
Volberg R., Williams R. (2012). *Developing a Short Form of the PGSI. Report to the Gambling Commission.* Birmingham.

Jacek Pyżalski

Alicja Petrykowska

Piotr Plichta

Łódzki Kwestionariusz Problemów Hazardowych wśród Adolescentów ŁKPHA – badania na użytek konstrukcji i walidacji narzędzia[1]

Abstract

The Lodz Questionnaire for Gambling Problems among Adolescents (ŁKPHA) – tool construction and validation studies

Gambling is a risky type of behaviour, which can have acutely destructive individual and social consequences. The risk is greater when it concerns the involvement of young people – adolescents. The key in the context of prevention is the application of the appropriate diagnostic tools. The article presents basic information on the procedure of construction of a new tool for measuring the gambling experience (reported behaviour), gambling consequences and irrational gambling beliefs. The article also includes the norms and basic descriptive statistics on the population results in the range of scales mentioned above.

1. Uzasadnienie badań dotyczących konstruowania narzędzia badającego różne aspekty hazardu

Według słownika PWN w języku polskim hazardem są „gry i zakłady, w których stawką są pieniądze". Słowo to oznacza również „ryzykowne przedsięwzięcie, którego wynik zależy od przypadku" (*Słownik Języka Polskiego PWN online*). W praktyce definicja ta jest bardzo zawężona, gdyż nagrodami mogą być również inne dobra np. przedmioty, wycieczki lub nagrody o charakterze niematerialnym. Co więcej gry hazardowe mogą odbywać się nie tylko w kasynach (gdzie można zagrać m.in. w karty, ruletkę czy na automatach), salonach gier, lecz także w punktach zakładów wzajemnych (np. zakłady bukmacherskie, totalizatory). Mogą także być one realizowane przez osoby prywatne – poza systemem zinstytucjonalizowanego hazardu. Do rynku hazardowego zalicza się również gry na

[1] Badania zrealizowano w ramach grantu KBPN pt. Konstrukcja i walidacja narzędzia kwestionariuszowego do pomiaru rozpowszechnienia hazardu problemowego i patologicznego (w tym online) wśród adolescentów (2014-2015), kierownik dr hab. Jacek Pyżalski (Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera w Łodzi).

pieniądze i rzeczy odbywające się w Internecie (występują tam zwykle takie same ich rodzaje, jak w kasynach offline). W problematykę omawianego zjawiska można włączyć także konkursy telefoniczne i SMS-owe organizowane np. przez stacje telewizyjne, radiowe czy operatorów sieci komórkowych (Woronowicz, 2011, s. 1).

Według danych CBOS z 2015 roku, co trzeci Polak będący powyżej 15. r. ż. (34,2%) zadeklarował, iż w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie grał w jakieś gry na pieniądze (Gwiazda, 2015, s. 2). Z badań zagranicznych wynika, że w innych krajach zjawisko to jest również powszechne. Przykładowo w Wielkiej Brytanii w 2010 r. 73% obywateli powyżej 16 r.ż. zadeklarowało, że w ciągu ostatniego roku przynajmniej raz lub więcej razy podjęło jedną lub więcej aktywności o takim charakterze (Wardle i in., 2011). Z kolei w USA do uczestnictwa w tego typu grach, w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie przyznało się 82% dorosłych mieszkańców (Welte i in., 2002). Należy jednak pamiętać o tym, że nie zawsze zaangażowanie w gry hazardowe stanowi zachowanie problemowe. Duże ryzyko dla osoby angażującej się w analizowane działania jest jedynie w przypadku wystąpienia konsekwencji w zakresie funkcjonowania jednostki.

Nawet u tych graczy, którzy doświadczają negatywnych konsekwencji, są one zróżnicowane co do istotności. Gracze mogą różnić się poziomem zaangażowania, tj. częstotliwością grania oraz problemami z tym związanymi. H. Shaffer wyróżnia cztery następujące poziomy hazardu: poziom 0 – brak aktywności hazardowej; poziom 1 – społeczny lub rekreacyjny hazard, gracze nie doświadczają szkodliwych następstw ich aktywności; poziom 2 – hazard problemowy, osoba lub członkowie jej rodziny ponoszą negatywne następstwa związane z uprawianiem omawianej czynności; poziom 3 – patologiczny hazard (*Committee on the Social and Economic Impact of Pathological Gambling*, 1999, s. 20). Należy tutaj zaznaczyć, iż nie ma powszechnego konsensusu co do jednej definicji i nazewnictwa ostatniego poziomu grania za pieniądze lub rzeczy. W literaturze można spotkać się z terminologią określającą to zjawisko jako np. hazard kompulsywny, zaburzony, uporczywy itp. Istotny wkład w uporządkowanie rozumienia omawianego pojęcia miało Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (Tucholska 2008, s. 50). Hazard patologiczny został przez nich ujęty w klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-IV, w kategorii zaburzeń behawioralnych. Według tego podziału, aby rozpoznać omawiane zjawisko, zachowania osoby grającej na pieniądze lub rzeczy w ciągu ostatnich 12 miesięcy powinny przejawiać się co najmniej pięć z poniższych symptomów:

1. zaabsorbowanie hazardem (np. uporczywe myślenie o wcześniejszych doświadczeniach związanych z graniem, odegraniu się, planowaniem następnej gry, myśleniem o sposobach zdobycia pieniędzy na gry czy zakłady itp.);
2. potrzeba podwyższania podczas gry stawek pieniędzy w celu uzyskania pożądanych emocji;
3. wielokrotne podejmowanie bezskutecznych prób kontroli, ograniczenia lub zaprzestania uprawiania hazardu;
4. podenerwowanie i poirytowanie przy próbach ograniczenia lub zaprzestania grania;
5. traktowanie gry hazardowej jako sposobu na ucieczkę przed problemami lub poprawę złego samopoczucia (np. poczucia bezradności, winy, lęku, depresji);
6. podejmowanie prób „odegrania się" po wcześniejszej utracie pieniędzy w grze,
7. okłamywanie członków rodziny, terapeuty i innych osób w celu ukrycia rozmiarów swojego zaangażowania w granie hazardowe;
8. podejmowanie nielegalnych działań, takich jak fałszerstwo, oszustwo, kradzież, przywłaszczenie w celu sfinansowania gry;
9. narażenie na szwank lub utratę ważnych relacji z innymi, pracy, możliwości edukacyjnych czy zawodowych z powodu zaangażowania w hazard;
10. korzystanie z pomocy finansowej innych w celu zapewnienia pieniędzy i złagodzenia krytycznej sytuacji ekonomicznej spowodowanej graniem (*American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1994).

Kategoria hazardu patologicznego została również ujęta w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (Woronowicz, 2011). Najnowszy, wykorzystywany w praktyce klinicznej DSM-V (Jarczyńska, 2014, s. 74-75) uwzględnia następujące symptomy:

1. Potrzeba podwyższania podczas gry stawek pieniędzy, niezbędnych do uzyskania odpowiedniego poziom podekscytowania;
2. Podenerwowanie lub poirytowanie w sytuacjach zaprzestania grania;
3. Wielokrotne podejmowanie bezskutecznych prób mających na celu kontrolowanie, ograniczenie lub zaprzestanie hazardowego grania;
4. Częste zaabsorbowanie hazardem, np. przypominanie sobie wcześniejszych doświadczeń związanych z graniem, planowanie następnej gry, myślenie o sposobach zdobycia pieniędzy na grę hazardową;

5. Częste granie dla poprawy złego samopoczucia (np. uczucia bezradności, poczucia winy, lęku, depresji);
6. Częste podejmowanie prób odzyskania pieniędzy następnego dnia po przegranej w grze („próba odegrania się”);
7. Okłamywanie w celu ukrycia prawdziwych rozmiarów swojego hazardowego grania;
8. Narażenie na szwank ważnych relacji, pracy, nauki i kariery zawodowej z powodu zaangażowania w granie;
9. Szukanie u innych pomocy finansowej w celu poprawienia złej sytuacji ekonomicznej spowodowanej hazardowym graniem.

Przyjmuje się występowanie minimum 4 symptomów w ciągu 12 miesięcy u osoby badanej, aby można było zdiagnozować patologiczny hazard.

Utrata kontroli nad aktywnością związaną z grami na pieniądze lub rzeczy staje się poważnym problemem dla grających i ich bliskich. Zjawisko jest tym bardziej alarmujące, że coraz częściej dotyczy młodzieży, a nawet dzieci. Przykładowo, według badań przeprowadzonych wśród nastolatków ze Stanów Zjednoczonych i Kanady wynika, że pierwsze doświadczenie z hazardem mieli oni zaskakująco wcześnie. Mediana wieku wyniosła między 11 a 13 lat. Co więcej, badacze szacują, że aż 2,2 mln nastolatków zamieszkujących tereny Ameryki Północnej między 12-17 r. ż. doświadczało poważnych problemów związanych z hazardem (Jacobs 2000, s. 119-131).

Jeśli chodzi o skalę zjawiska w Polsce, to według danych CBOS symptomy zagrożenia uzależnieniem od hazardu ma 14,2 % respondentów w wieku 15-18 lat. Nie jest to jednak najliczniejsza grupa wiekowa jeśli chodzi o problemy związane z opisywaną aktywnością. Najwyższy odsetek ryzyka zaobserwowano u młodzieży w wieku 18-24 lata (objawy uzależnienia zauważono u 26,7% badanych z tej grupy) (Badora i in., 2015, s. 52).

Obok młodego wieku istnieje wiele innych czynników sprzyjających pojawieniu się problemów z graniem na pieniądze lub rzeczy. W Polsce bardziej zagrożeni uzależnieniem od hazardu są mężczyźni (takie symptomy zaobserwowano u co piątego z nich, tj. u 21,4% i u dwukrotnie mniejszej liczby kobiet – 9,1%). Wystąpieniu tego zjawiska sprzyja także niski status materialny. Wyższym ryzykiem uzależnienia charakteryzują się również mieszkańcy wsi. Ponadto zagrożenie pojawienia się problemu z hazardem jest tym większe, im niższe jest wykształcenie. Jeśli chodzi o grupy zawodowe, to w obszarze wysokiego ryzyka znajdują się m.in.: robotnicy, rolnicy oraz bezrobotni. Warto również zaznaczyć, iż oprócz cech społeczno-demograficznych możliwość wystąpienia problemów z hazardem warunkuje rodzaj

podejmowanych gier na pieniądze. Potencjał uzależniający mają w szczególności gry, które: odbywają się w kasynie, na automatach oraz w Internecie lub też mają postać zakładów bukmacherskich, czy też wyścigów konnych (lub innych zwierząt). Wyniki badań CBOS pokazują, iż co trzecia lub co druga osoba uprawiająca którąś z tych gier ma już jakieś symptomy uzależnienia (Badora i in., 2015, s. 50-61).

Okres dojrzewania i adolescencji można określić jako punkt zwrotny w rozwoju jednostki – jest to czas, który sprzyja próbom eksperymentowania z własną tożsamością i angażowaniem się w zachowania ryzykowne. Mimo że najczęściej próby te mają charakter tymczasowy i nie wywierają poważnych skutków na dorosłe życie, to jednak niemała grupa osób będzie odczuwała konsekwencje młodzieńczych zachowań ryzykownych w przyszłości.

Z przeglądu dostępnych źródeł wynika, że angażowanie się w zachowania z zakresu hazardu wśród młodzieży są zjawiskiem dość powszechnym (m. in. Gupta, Derevensky, 1998; Wanner i in., 2006).

Badania młodych ludzi zaangażowanych w „tradycyjny" (*offline*) hazard wykazały silne związki między zachowaniami hazardowymi a popełnianiem przestępstw oraz nadużywaniem substancji psychoaktywnych. Jak należało się spodziewać, odsetek młodych ludzi zaangażowanych w hazard (4,1% ryzykowny i 2% patologiczny) w kanadyjskich badaniach okazał się wyższy niż wśród dorosłych (Brunelle i in., 2012). Kiedy przyjrzymy się liczbie młodych osób angażujących się w tradycyjny hazard (przynajmniej jeden raz w roku poprzedzającym badanie) odsetki należy uznać za niepokojące: 37% w badaniach uczniów szkół ponadgimnazjalnych (Martin i in., 2008) i 65% w grupie wiekowej 12-17 (Jacobs, 2004). Oczywiście w większości przypadków zaangażowanie tego typu nie oznacza uzależnienia.

Publikacje naukowe wskazują także na zależność między graniem rodziców w gry na pieniądze lub rzeczy a skłonnością do uprawiania hazardu przez młodzież (Hodgins i in., 2011; Gupta, Derevensky, 1998; McComb, Sabiston, 2010; Vitaro, Wanner, 2011; Casey i in., 2011; Jacobs, 2000; Jarczyńska, 2014). Nie chodzi w tym przypadku jedynie o obserwację przez dzieci/młodzież zachowań dorosłych. Według danych CBOS czynnikiem zagrażającym jest tu wypracowanie pozytywnych skojarzeń z graniem, np. uczestnictwo w grach rodzinnych, postrzeganie gier „dla dorosłych" jako atrakcyjnych czy prestiżowych. Istotne jest również utrwalenie przekonania, iż hazard jest czymś powszechnym i przyswojenie zachowania jako wyuczonego schematu osiągania korzyści (Badora i in., 2012, s.70-72).

Warto również zwrócić uwagę na inne cechy środowiska rodzinnego sprzyjające uczestnictwu w grach na pieniądze lub rzeczy. Przykładowo według badań P. Bellringera

istotnym czynnikiem jest występowanie takich cech rodzin, jak: panująca w domu atmosfera wychowawcza, stosowane metody dyscyplinowania dzieci i preferowany przez rodziców system wartości. U analizowanych przez wspomnianego wcześniej badacza nastolatków mających problem z hazardem zauważono zależność, iż wychowywali się oni w rodzinach, które borykały się m.in. z takimi problemami, jak: dysfunkcjonalność, rozbita lub skrajnie uboga rodzina; śmierć rodzica/osoby pełniącej podobną rolę; niewierność małżeńska rodziców; poważna choroba lub wypadek w rodzinie; przykładanie przez rodziców dużej wagi do pieniędzy i dóbr materialnych; trudne i stresujące sytuacje w domu; przemoc w rodzinie (fizyczna, psychiczna, seksualna); poczucie odrzucenia przez rodziców; poczucie bycia niedocenionym i bezsilność (za: Tucholska, 2008, s. 55).

Problem grania hazardowego, szczególnie przez ludzi młodych, jest tym poważniejszy, że często współwystępuje z innymi zachowaniami ryzykownymi. Wyniki badań na grupach młodzieży pokazują, że istnieją istotne zależności między zaangażowaniem w hazard (zarówno *online* jaki i *offline*) a skłonnością do popełniania przestępstw czy nadużywaniem substancji psychoaktywnych (Winters & Anderson, 2000; Vitaro i in., 2001; Gibbs Van Brunschott, 2009; Brunelle i in., 2012). Przedstawiona korelacja sprawia, iż potencjalne skutki indywidualne grania (pogorszenie się zdrowia somatycznego i psychicznego) oraz skutki społeczne należy uznać za poważne.

Uzależnienia behawioralne zyskują nowy kontekst jakim jest manifestowanie się ich poprzez korzystanie z Internetu. Najczęściej spotykana konceptualizacja nadmiernego korzystania z Internetu określa je właśnie jako uzależnienie behawioralne przypominające hazard problemowy i patologiczny. Perspektywa uzależnień behawioralnych sugeruje, że zarówno „tradycyjny" hazard, jak i nadmierne korzystanie z Internetu mają ze sobą wiele wspólnego w wymiarze etiologicznym oraz że do pewnego stopnia istnieje wspólny profil psychologiczny osób narażonych na wymienione wcześniej problemy (Dowling, Brown 2010; Pyżalski, 2012).

Hazard może być zatem realizowany przez młodych ludzi w wersji *online* (IG – *Internet Gambling*). W tej formie uważany jest za zjawisko w fazie dynamicznego wzrostu – mimo to nie doczekał się jeszcze wielu opracowań badawczych i koncepcyjnych. Badania kanadyjskie (Brunelle i in., 2012) prowadzone w grupie wiekowej 14-18 lat wykazały m.in., że w porównaniu z grupą osób niezaangażowanych w hazard *online*, osoby te są zaangażowane w tradycyjne zachowania ryzykowne jak używanie substancji psychoaktywnych i przestępczość.

Okazuje się, że środowisko internetowe jest miejscem manifestowania się pewnych różnic w zakresie specyfiki hazardu. I tak gracze internetowi wykazują większe zróżnicowanie w zakresie form uprawiania hazardu. W wieku młodzieńczym granie ma u nich bardziej nasilony charakter w porównaniu z hazardzistami *offline* (m.in. Potenza i in., 2011; Brunelle i in., 2012). Uprawianie hazardu może być również związane z przestępczością i używaniem środków psychoaktywnych. Sprawia to, że potencjalne skutki społeczne i indywidualne gry takie, jak np. pogorszenie się zdrowia somatycznego i psychicznego, należy uznać za poważne. Wyniki badań (Brunelle i in., 2009) pokazują to charakterystyczne połączenie zachowań ryzykownych realizowanych zarówno *online* jak i *offline*. Z badań tych wynika wniosek, że używanie przez młodych ludzi Internetu do uprawiania hazardu jest jednym ze sposobów spędzania wolnego czasu, w wielu przypadkach pod wpływem działania środków psychoaktywnych. Z innym typem sytuacji łączenia się (współwystępowania) różnych rodzajów zachowań ryzykownych mamy do czynienia np. wtedy, gdy „tradycyjni" gracze korzystając z tzw. automatów do gier o niskich wygranych używają alkoholu, do którego w miejscu grania mają najczęściej łatwy dostęp.

Mechanizmy pojawiające się podczas korzystania z nowych mediów, szczególnie rozhamowanie (tendencja do podejmowania zachowań, których nie podjęłoby się w tzw. świecie realnym) czy zwiększona otwartość do ujawniania osobistych informacji na swój temat, są częściowo uwarunkowane specyfiką komunikowania się w sposób zapośredniczony (*computer mediated communication*). Pewne specyficzne cechy nowych mediów, jak np. hipertekstualność, mogą też przyczyniać się do braku samokontroli użytkowników do korzystania z nich (np. w wymiarze czasu korzystania lub stopnia rozpraszania się, coraz głębszego i szerszego „wchodzenia" w zasoby sieciowe). Dodatkowymi czynnikami mającymi wpływ na zjawisko powszechnej obecności w świecie cyfrowym młodych ludzi są okoliczności korzystania (np. 49% dzieci łączy się z Internetem w swojej sypialni), zmieniający się sposób korzystania z Internetu oraz zjawisko ciągłej obecności tzw. *always on* (więcej niż 1/3 łączy się z Internetem przy użyciu urządzenia mobilnego, za: *EU Kids Online* 2012). Związane są z tym również ograniczone możliwości monitorowania aktywności *online* młodych ludzi przez dorosłych.

Jakkolwiek dość często specyfika nowych mediów jest przedstawiana w opozycji do tzw. świata rzeczywistego (*offline*), to wyniki badań pokazują, że te dwa środowiska aktywności młodych ludzi są zazwyczaj ze sobą splecione – zarówno w sensie pozytywnym, jak i negatywnym. Warto zauważyć, że zgodnie z koncepcjami zachowań dewiacyjnych (np. Donovan, Jessor, 1985) zaangażowanie w jeden rodzaj aktywności zwiększa ryzyko

kolejnych zachowań o charakterze patologicznym. Dotyczy to również środowisk (*online* i *offline*), w których zachowania te są realizowane. Np. sprawcy agresji elektronicznej podejmowali „tradycyjne” zachowania ryzykowne, jak również doświadczali innych trudności *offline* (np. 1/3 sprawców podjęła działania przestępcze, a ok. 40% doświadczało trudności szkolnych, częściej niż osoby nie będące sprawcami przemocy rówieśniczej używali środków psychoaktywnych i posiadali gorsze relacje z rodzicami) oraz osiągali wysokie wskaźniki w skali depresji (Ybarra i Mitchell, 2004; Ybarra i in., 2010; za: Pyżalski, 2012). Tak więc, kolejnym ważnym aspektem dotyczącym pogłębionego rozpoznania dysfunkcjonalnych zachowań w sieci jest ochrona zdrowia użytkowników oraz szeroko rozumiany interes społeczny. Kolejnym wnioskiem z przytaczanych wyników badań jest to, że te same czynniki ryzyka mogą mieć wpływ zarówno na dysfunkcjonalne zachowania w Internecie, jak i poza nim.

Mimo istnienia dużej liczby badań poświęconych korzystaniu z Internetu przez młodych ludzi (zwłaszcza w wymiarze ilościowym), to jako pewien brak należy uznać niewielki stopień rozpoznania szczegółowych czynników o charakterze kontekstowym i/lub jakościowym dotyczące grania (np. wspomniane wcześniej motywacje, przypisywane znaczenie, korzyści psychologiczne, okoliczności korzystania z sieci). Brak czy niedobór takich właśnie kontekstów utrudnia konstruowanie praktycznych programów nakierowanych na ograniczanie ryzyka związanego z korzystaniem z Internetu czy organizowaniem skutecznej pomocy osobom z poważnymi problemami (np. uzależnionymi od korzystania z sieci).

Mimo że wyniki badań nie pokazują jednoznacznie, że problem ryzyka uzależnienia od Internetu ma charakter powszechny, to zainteresowanie badaczy i praktyków zajmujących się udzielaniem wsparcia młodym ludziom powinno obejmować też stany pośrednie problemu hazardowego, np. pierwsze niepokojące symptomy, nadmierne korzystanie (*excessive use*) czy też zachowania z tzw. pogranicza uzależnienia. O ile wszystkich pięć wskaźników nadmiernego korzystania z sieci wykazuje tylko 1% badanych młodych ludzi w ramach ogólnoeuropejskich badań *EU Kids Online* (Smahel i in., 2012), o tyle 29% spełnia przynajmniej jedno z tych kryteriów (np. zaniedbywanie innych aktywności, konflikty na tle korzystania z sieci czy też nieudane próby ograniczania grania). Zarówno przywołane wcześniej, jak i inne badania (np. tzw. badania mokotowskie; Ostaszewski i in., 2008), że grupą doświadczającą najwięcej zagrożeń związanych z zachowaniami ryzykownymi są osoby w wieku między 13. a 18. rokiem życia. W kontekście przedstawionych tu danych

zaangażowanie w hazard traktować należy jako jedno z całego konglomeratu zachowań ryzykownych.

2. Metodologia prowadzonych badań

Celem badania była konstrukcja nowego narzędzia do pomiaru zaangażowania w hazard adolescentów. Badanie zostało zrealizowane przy pomocy konglomeratu metod ilościowych i jakościowych.

Badanie jakościowe. Etap badań jakościowych polegał na przeprowadzeniu indywidualnych wywiadów pogłębionych z 30 terapeutami zajmującymi się profilaktyką i leczeniem uzależnień behawioralnych wśród młodzieży. Taka procedura pozwoliła na pogłębione rozpoznawanie szeregu kontekstualnych uwarunkowań niemożliwych do uchwycenia w badaniu ilościowym. Eksplorowano w nich kwestie takie, jak: wzory behawioralne zaangażowania adolescentów w gry hazardowe, konsekwencje grania, wzory myślenia hazardowego, czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z graniem. Uzyskane w tej części wyniki oraz ustalenia przeglądu literatury posłużyły do konstrukcji narzędzia do pomiaru zaangażowania w hazard i jego konsekwencji, a także dodatkowych narzędzi skoncentrowanych na pomiarze czynników chroniących i czynników ryzyka patologicznego grania.

Badanie ilościowe. Na podstawie wcześniej przywołanych badań oraz wyników etapu jakościowego zostało przygotowane kwestionariuszowe narzędzie badawcze do badań ilościowych. Uwzględniało ono przygotowanie narzędzia głównego obejmującego skale: *Częstotliwości Grania, Natężenia Problemów Hazardowych oraz Nieracjonalnego Myślenia Hazardowego*. Badanie uzupełniono o dodatkowe skale do pomiaru czynników chroniących i czynników ryzyka zaangażowania w hazard.

Etapy tworzenia metody. Procedura tworzenia nowego narzędzia kwestionariuszowego obejmowała następujące etapy:

1. Generowanie pozycji do poszczególnych skal. W przypadku skali dotyczącej częstotliwości grania wygenerowano listę 13 sposobów realizacji hazardu na podstawie analizy literatury (m. in. Jarczyńska, 2014), wcześniejszych wywiadów z terapeutami i innych narzędzi badawczych. *Skala Natężenia Problemów Hazardowych* przygotowana

została poprzez wygenerowanie itemów odpowiadających 9 objawom uzależnienia od hazardu zdefiniowanym w DSM-V (por. Jarczyńska, 2014). W skali pozostawiono po dwa itemy do każdego objawu. Trafność ich operacjonalizacji wyznaczona została metodą sędziów kompetentnych – naukowców znających założenia teoretyczne DSM-V. *Skalę Nieracjonalnego Myślenia Hazardowego* przygotowano w oparciu o przegląd literatury i wywiady z terapeutami uzależnień, których bezpośrednio pytano o takie racjonalizacje przedstawiane przez nastolatków. Przygotowano także dodatkowe skale mierzące czynniki chroniące i czynniki ryzyka patologicznego grania związane ze środowiskiem rodzinnym, rówieśniczym oraz konstruktywnym i dysfunkcjonalnym wykorzystaniem Internetu (Ostaszewski i in., 2008).

2. Na etap badań z udziałem osób małoletnich uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi.
3. Pilotaż skal z udziałem młodych ludzi w wieku 13-18 (N=5). W wyniku pilotażu zmodyfikowano językowy aspekt niektórych pozycji.
4. Badania ilościowe na losowej (losowanie wielostopniowe warstwowe z bazy Systemu Informacji Oświatowej) ogólnopolskiej próbie 1505 osób w wieku 13-18 lat – uczniów gimnazjów, liceów ogólnokształcących, techników i szkół zawodowych z terenu całego kraju. 50% badanych stanowili chłopcy, 48,5% dziewczęta, a 1,5% respondentów nie dostarczyło danych dotyczących płci. Rozkład próby w poszczególnych grupach wiekowych przedstawiał się następująco: 13 lat (16%), 14 (18,2%), 15 lat (16,3%), 16 lat (22%), 17 l (17,7%), 18 lat (8,3%), 1,5% badanych nie podało informacji o wieku.
5. Obliczono podstawowe właściwości psychometryczne nowego narzędzia. Standaryzowana alfa Cronbacha wynosi dla *Skali Częstotliwości Grania* 0,92 (13 itemów); dla *Skali Natężenia Problemów Hazardowych* – 0,98 (18 itemów) oraz dla *Skali Nieracjonalnego Myślenia Hazardowego* – 0,92 (6 itemów). Potwierdzono także trafność narzędzia w oparciu o korelacje ze skalami mierzącymi czynniki ryzyka i czynniki chroniące przed patologicznym graniem. Przygotowano także normy stenowe dla wszystkich trzech skal. Można stwierdzić, że nowe narzędzie pozwala zmierzyć częstotliwość grania w gry hazardowe, negatywne konsekwencje wynikające z takiego grania oraz natężenie nieracjonalnego myślenia o graniu (charakterystycznego dla osób uzależnionych).
6. Dla nowego narzędzia przyjęto roboczą nazwę *Łódzki Kwestionariusz Problemów Hazardowych wśród Adolescentów* (ŁKPHA). Do narzędzia przygotowany zostanie

w bieżącym roku skrócony podręcznik testowy szczegółowo opisujący proces konstrukcji narzędzia, jego właściwości psychometryczne oraz sposób wykorzystania.

3. Wybrane wyniki przeprowadzonych badań

W niniejszej publikacji zdecydowano się na przedstawienie podstawowych rozkładów odpowiedzi w trzech głównych skalach narzędzia, które zostały opisane w części metodologicznej.

W Tabeli 1 przedstawiono wyniki dotyczące częstotliwości grania w gry hazardowe w odniesieniu do 12 miesięcy poprzedzających badanie (*Skala Częstotliwości Grania*). Wyniki przedstawiono w postaci rankingu, rozpoczynając od tych zachowań hazardowych, które respondenci realizowali najczęściej.

Tab.1. Częstotliwość grania adolescentów w gry hazardowe w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie (N=1505)[2]

Typ gry hazardowej	Czy i jak często robiłeś/aś to w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy?			
	Ani razu	Raz lub kilka razy w roku	Raz lub kilka razy w miesiącu	Codziennie lub prawie codziennie
	%	%	%	%
1. Zakładałem/am się o pieniądze/rzeczy z innymi osobami	54	34	10	2
2. Kupowałem/am sobie losy/zdrapki	59	32	8	1
3. Grałem/am w gry typu lotto	74	21	5	1
4. Grałem/am w karty/kości na pieniądze/o rzeczy	77	18	4	1
5. Grałem/am na pieniądze na automatach/maszynach (tzw. jednorękich bandytach/owocówkach)	85	12	2	1
6. W internecie stawiałem/am pieniądze/zakłady dotyczące wyników sportowych	88	5	4	3
7. Grałem/am na pieniądze/rzeczy w gry wymagające sprawności (np. bilard, siłowanie się na rękę)	88	9	3	0
8. Wysyłałem/am esemesy lub wykonywałem/am połączenia telefoniczne, za które można wygrać nagrody lub pieniądze	90	9	1	0
9. Rzucałem/am monetą na pieniądze/o rzeczy	91	7	2	0

[2] We wszystkich tabelach przedstawiono odsetki badanych zaokrąglone do pełnych liczb – ten poziom dokładności uznano za wystarczający do wstępnego przedstawienia wyników i czytelności przekazu.

10. W biurze bukmacherskim stawiałem/am pieniądze/zakłady dotyczące wyników sportowych	92	4	3	1
11. Grałem/am na prawdziwe pieniądze/rzeczy w gry planszowe np. Monopol	93	6	1	0
12. W internetowych kasynach grałem/am na pieniądze	97	2	1	0
13. Chodziłem/am do salonu/kasyna i grałem/am w gry takie jak ruletka, poker.	97	2	1	0

Analiza wskazuje, że na szczycie rankingu znajduje się hazard nieformalny w postaci zakładania się z innymi osobami o pieniądze i/lub rzeczy. Jest to zjawisko powszechne i dotyczy ok. 46% badanych. Drugie w kolejności jest kupowanie losów i zdrapek, a dalej granie w gry typu lotto. Warto zauważyć, że z prawnego punktu widzenia granie w wymienione tu gry, jak i uzyskiwanie nagród, zarezerwowane są dla osób pełnoletnich. Zatem w przypadku większości respondentów naszego badania są one nielegalne. Do gry w karty na pieniądze lub rzeczy przyznało się nieco mniej niż ¼ badanych. Należy zauważyć, że chociaż te aktywności hazardowe są najczęstsze, to większość osób, które je podejmowało, robiło to jedynie raz lub kilka razy w roku. Ta sporadyczność w wielu tych przypadkach każe przypuszczać, iż wiele z nich nie niosło szczególnego ryzyka dla młodego człowieka i miało raczej charakter rozrywki. Dalsze w kolejności jest granie na maszynach (jednorękich bandytach), które także w większości przypadków miało charakter eksperymentowania. W podobnym natężeniu występuje korzystanie z bukmacherskich zakładów w Internecie oraz wysyłanie płatnych esemesów/wykonywanie płatnych połączeń. Rzadziej niż co dziesiąty badany rzucał monetą na pieniądze/rzeczy, obstawiał zakłady w biurze bukmacherskim, czy grał w gry planszowe na pieniądze. Nieliczni (ok. 3%) grali w internetowych lub tradycyjnych kasynach.

Tabela 2 ukazuje rozpowszechnienie problemów związanych z graniem – pozwala ona przy zastosowaniu opracowanych norm na określenie, w jakim stopniu granie przynosi szkody młodemu człowiekowi na poziomie indywidualnym i społecznym (w kontekście kryteriów DSM-V). Dane dotyczą 12 miesięcy poprzedzających badanie.

Tab. 2. Wyniki adolescentów w *Skali Rozpowszechnia Problemów Hazardowych* (N=1505)

Rodzaj problemu	1-2 razy	Kilka razy	Kilkanaście razy i więcej	Łącznie
	%	%	%	%
a. Wyobrażałem/am sobie, w co i jak będę grał/a, marzyłem/am o wygranej	11	7	2	20
b. Kiedy przegrywałem/am pieniądze/rzeczy, próbowałem/am szybko się odegrać	7	4	2	13
c. Z przyjemnością rozmyślałem/am o wcześniejszych wygranych, przypominałem/am sobie sytuacje, kiedy grałem/am	8	4	1	13
d. Grałem/am na pieniądze/rzeczy, żeby poczuć się przyjemnie, poprawić sobie humor	7	3	1	11
e. Przy kolejnych grach zwiększałem/am sumy i wartość rzeczy, o które grałem/am	4	2	1	7
f. Nawet, kiedy przegrywałem/am nie kończyłem/am gry, aż wszystko straciłem/am	4	2	1	7
g. Ukrywałem/am przed rodzicami lub innymi ważnymi dla mnie osobami to, że gram na pieniądze/rzeczy lub jak dużo gram	3	2	1	6
h. Gdy stawiałem/am wysokie dla mnie sumy/cenne rzeczy, odczuwałem/am dużą przyjemność	3	1	1	5
i. Wracałem/am do grania na pieniądze/rzeczy, chociaż postanawiałem/am lub obiecałem/am innym, że już nie będę grał	2	1	1	4
j. Kiedy nie mogłem/am grać na pieniądze/rzeczy, bardziej nerwowo reagowałem/am na inne osoby	2	1	1	4
k. Próbowałem/am przestać grać na pieniądze/rzeczy, ale mi to nie wychodziło	2	1	1	4
l. Grałem/am na pieniądze/rzeczy, żeby zapomnieć o problemach	2	1	1	4
m. Mówiłem/am, że stawiałem/am w grach mniejsze sumy/rzeczy o mniejszej wartości niż rzeczywiście stawiałem/am	2	1	1	4
n. Zabrałem/am coś komuś lub oszukałem/am kogoś, żeby zdobyć pieniądze/rzeczy na granie	2	1	1	4
o. Żeby grać na pieniądze/rzeczy zadłużałem/am się u innych osób	1	1	1	3
p. „Zawalałem/am” naukę w szkole przez to, że grałem/am na pieniądze/rzeczy	1	1	1	3

q. Zawalałem/am noce lub byłem/am niewyspany/a przez to, że gram na pieniądze/rzeczy	1	1	1	3
r. Popsuły mi się znajomości z przyjaciółmi /dziewczyną/ chłopakiem przez to, że grałem/am na pieniądze/rzeczy.	1	0	1	2

Przed omówieniem rankingu potencjalnych konsekwencji grania warto zwrócić uwagę, że w większości przypadków dotyczą one incydentów, pojedynczych sytuacji, które wydarzyły się w relatywnie długim okresie 12 miesięcy. Rzeczywiste poważne konsekwencje dotyczyć mogą tych osób, które doświadczyły danego problemu kilka lub kilkanaście razy. Osób takich jest, jak wskazuje analiza, w przypadku większości objawów jedynie kilka procent – co jest zgodne z epidemiologią problemów hazardowych wykazaną w większości projektów badawczych (np. Jarczyńska, 2014). Najczęstszym przejawem problemów związanych z graniem jest myślenie/marzenia o grze czy wygranej. Dotyczy ono 9% badanych (łącznie odpowiedzi „kilka" i „kilkanaście razy". Analogicznie próby szybkiego odegrania się dotyczyły 6% respondentów. Co dwudziesty badany rozmyślał o wcześniejszych wygranych, a 4% grało dla polepszenia nastroju. Pozostałe problemy występowały rzadziej i dotyczyły od 3% do 1 % respondentów.

Kolejną metodą była *Skala Nieracjonalnego Myślenia Hazardowego*. Poniżej przedstawiono ranking rozpowszechnienia takiego myślenia, przedstawiający poszczególne stwierdzenia od tych, na które najwięcej respondentów „zdecydowanie się zgodziła".

Tab. 3. Nieracjonalne myślenie hazardowe przejawiane przez osoby korzystające z gier hazardowych (N=848)

Przekonanie	Zdecydowanie się zgadzam	Raczej się zgadzam	Raczej się nie zgadzam	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nie wiem/nie dotyczy
a. Każdy, kto daje sobie szansę, w końcu kiedyś będzie miał wielką wygraną	8	16	14	11	51
b. Jestem przekonany/a, że kiedyś wygram duże pieniądze/nagrodę i nie będę musiał/a pracować na życie	6	8	14	17	55
c. Mam więcej szczęścia w grach niż inni ludzie	5	6	14	18	57
d. Mam talizmany, ubranie, gesty, zachowania, które przynoszą mi szczęście w grach	4	4	6	21	65
e. Mam szczęśliwą maszynę, grę, miejsce, gdzie łatwiej wygrywam	3	4	5	18	70
f. Granie o pieniądze, rzeczy urozmaica moje życie	3	7	10	21	59

Najczęściej akceptowanym sposobem myślenia było przekonania, że każdy, kto gra będzie miał kiedyś wielką wygraną (8%). Sześć procent badanych jest przekonanych, iż kiedyś wygra duże pieniądze i nie będzie pracować. Z kolei co dwudziesty respondent uważa, że ma w grach więcej szczęścia niż inni ludzie; 4% ma talizmany, ubrania, gesty, które przynoszą im szczęście w grach. Z kolei trzech na stu uważa, że ma szczęśliwą maszynę, grę miejsce, gdzie łatwiej wygrywa. Tyle samo respondentów uważa, że granie na pieniądze urozmaica ich życie. Warto zauważyć, że zdecydowane nieracjonalne przekonania nie są szczególnie rozpowszechnione w populacji adolescentów i dotyczą one – podobnie jak częste granie i negatywne konsekwencje grania – mniejszości adolescentów.

4. Wnioski wynikające z przeprowadzonych badań

W artykule przedstawiono podstawowe założenia konstrukcji Łódzkiego Kwestionariusza Problemów Hazardowych wśród Adolescentów. Narzędzie to ma szanse stać się obok innych pozytywnie zwalidowanych metod (por. Jarczyńska, 2014) kolejnym wykorzystywanym w badaniach kwestionariuszem ze względu następujące zalety:

1. Postało ono w oparciu o aktualne badania jakościowe terapeutów uzależnień i najnowszą literaturę przedmiotu.
2. Pozwala diagnozować problemy hazardowe wszechstronnie dzięki zastosowaniu trzech skal mierzących częstotliwość zachowań hazardowych, konsekwencje zaangażowania w hazard i nieracjonalne myślenie hazardowe. Takie ujęcie pozwala wyodrębniać osoby i grupy w różnych konfiguracjach, np. takie, które grają, ale nie występują u nich konsekwencje grania, lub osoby zagrożone patologicznym graniem (np. prezentujące nieadekwatne i nieracjonalne sposoby myślenia hazardowego).
3. Zostało zwalidowane na dużej losowej ogólnopolskiej próbie nastolatków. Nowe narzędzie posiada bardzo dobre właściwości psychometryczne, w tym normy stenowe.
4. Zastosowane skale pozwalają wyodrębnić osoby doświadczające problemów o charakterze klinicznym. O występowaniu tego typu trudności świadczą wysokie wyniki w kwestionariuszu.

5. Możliwości wykorzystania Łódzkiego Kwestionariusza Problemów Hazardowych wśród Adolescentów

Narzędzie może służyć do badań populacyjnych i indywidualnych (jako narzędzie pomocnicze). Pozwala ono z jednej strony prowadzić badania przesiewowe – wskazujące na rozpowszechnienie grania i związanych z nim problemów (w tym uzależnienia). Z drugiej strony może służyć jako narzędzie pomocnicze w pracy klinicznej – do diagnozy indywidualnej.

Bibliografia:

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. DSM – IV.

Brunelle N., Leclerc D., Cousineau M. M., Dufour M., Gendron A., Martin I. (2012). Brief report. Internet Gambling, Substance Use, and Delinquent Behavior: An Adolescent Deviant Behavior Involvement Pattern. *Psychology of Addictive Behaviors* 26 (2), 364-370.

Brzeziński J. (1999). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: PWN.

Committee on the Social and Economic Impact of Pathological Gambling, Committee on Law and Justice, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. (1999) Pathological Gambling. A Critical Review. NATIONAL ACADEMY PRESS. Washington, D.C.

Donovan J.E., Jessor R.J. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53 (6), 890-904.

Dowling, N. A., Brown, M. M. (2010). Commonalities in the Psychological Factors Associated with Problem Gambling and Internet Dependence. *Cyberpsychology, Behavior & Social Networking* 13 (4), 437-441.

Gupta R., Derevensky, J. (2008). Gambling behaviors of Florida college students. Report prepared for the Florida Council on Compulsive Gambling, Florida.

Jacobs D. F. (2000). Juvenile Gambling in North America: An Analysis of Long Term Trends and Future Prospects. *Journal of Gambling Studies* 16 (2/3), 119 – 152.

Jacobs D. F. (2004). Youth gambling in North America: Long-term and future prospects. W: J. Derevensky, R. Gupta (red.), Gambling problems in youth: Theoretical and applied perspectives. NewYork, NY: Kluwer Academic/Plenum Press Publishers, 1–26.

Jarczyńska J. (2014). Hazard wśród młodzieży., W: J. Jarczyńska (red.). Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży. Terapia, diagnoza, profilaktyka, terapia. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, 72-93.

Ostaszewski K, Rustecka-Krawczyk A., Wójcik M. (2008). Czynniki chroniące i czynniki ryzyka związane z zachowaniami problemowymi warszawskich gimnazjalistów: raport dla szkół i władz oświatowych Warszawy z realizacji pierwszego etapu badań pn" Rola czynników ryzyka i czynników chroniących w rozwoju zachowań problemowych u młodzieży szkolnej: badania warszawskich gimnazjalistów". Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Potenza, M. N., Wareham, J. D., Steinberg, M. A., Rugle, L., Cavallo, D. A., Suschitra, K.-S., Desai, R. A. (2011). Correlates of at-risk/problem internet gambling in adolescents. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 50, 150-159.

Pyżalski J. (2012). *Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży*, Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”.

Sklar A., Martin I., Gupta R., Derevensky J. (2008). *Know Limits. A game to teach youth about the risks associated with excessive gambling*. Montreal: McGill University.

Tucholska S. (2008). Zjawisko hazardu patologicznego i jego uwarunkowania. *Roczniki psychologiczne.* Tom IX, 2, 48.

Vitaro F., Brendgen M., Ladouceur R., Tremblay R.E. (2001). Gambling, Deliquency, and Drug Use During Adolscence: Mutual Influence and Common Risk Factors. *Journal of Gambling Studies* 17 (3), 171-190.
Wanner B., Vitaro F., Ladouceur R., Brendgen M., Tremblay R. E. (2006). Joint trajectories of gambling, alcohol and marijuana use duringadolescence: A person- and variable-centered developmental approach. *Addictive Behaviors* 31, 566–580.
Welte J.W., Barnes G. M. (2002). Gambling Participation in the U.S. - Results from a National Survey. *Journal of Gambling Studies* 18 (4), 313-337.
Winters K.C, Anderson N. (2000). Gambling Involvement and Drug Use Among Adolescents. *Journal of Gambling Studies* 16 (2/3), 175-198.
Woronowicz B.T. (2011). *Bez tajemnic o uzależnieniach i ich leczeniu*. Warszawa: IPiN.
Woronowicz B.T. (2011). Hazard - wyzwaniem dla profilaktyki. *Remedium* 11 (225), 1-3.
Ybarra M.L., Mitchell K.J. (2004). Online aggressor/targets, aggressors, and targets: A comparison of associated youth characteristics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45 (7), 1308-16.
Ybarra M.L., Mitchell K.J., Lenhart A. (2010). Cyberbullying research in the United States. W: J. A. Mora-Merchan, T. Jaeger, T. (red.). *Cyberbullying: A cross-national comparison*. Landau: Verlag Empirische Padagogik, 232-244.
Young K.S. Abreu C.N. (2011). *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment*, Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.

Źródła internetowe:

Badora B., Gwiazda M., Hermann M., Kalka J., Moskalewicz J., (2012). Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) innych uzależnień behawioralnych. Warszawa, Centrum Badań Opinii Społecznej. www.kbpn.gov.pl/portal?id=15&res_id=2264442 (dostęp 12.10.2015).
Gibbs Van Brunschot E. (2009). Gambling and Risk Behaviour: A Literature Review. Prepared for the Alberta Gaming Research Institute. http://www.assembly.ab.ca/lao/library/egovdocs/2009/algri/173320.pdf (dostęp 14.10.2015).
Gwiazda M. (2015). Pracoholicy, siecioholicy, hazardziści... Uzależnienia od zachowań. Komunikat z badań CBOS. www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2015/K_076_15.PDF (dostęp 12.10.2015).
Słownik Języka Polskiego PWN online, Hasło: hazard. http://sjp.pwn.pl/, (dostęp: 12.10.2015).
Smahel D., Helsper E., Green L., Kalmus V., Blinka L., Ólafsson K. (2012). Excessive Internet Use among European Children. http://safe.si/sites/safe.si/files/eukidsonline_prekomerna_raba_interneta_med_evropskimi_otroki.pdf (dostęp 14.10.2015).
Wardle H., Moody A., Spence S., Orford J., Volberg R., Jotangia D., Griffiths M., Hussey D., Dobbie F. (2011). British Gambling Prevalence Survey 2010. National Centre for Social Research. http://www.gamblingcommission.gov.uk/PDF/British%20Gambling%20Prevalence%20Survey%202010.pf (dostęp 12.10.2015).

Grażyna Wąsowicz

Małgorzata Styśko-Kunkowska

Kwestionariusz *Moja Aktywność w Internecie* MAWI – badanie zagrożenia uzależnieniem od Internetu i wybranych czynności w nim podejmowanych (gier, hazardu, zakupów) wśród polskiej młodzieży w wieku 13-19 lat

Abstract

My Activity on the Internet Questionnaire MAWI – a study on Internet addiction and selected activities taken by adolescents online (gaming, gambling, shopping) among Polish youth aged 13-19

The article concerns the risk of the Internet addiction and selected activities taken by adolescents online (netaddiction). It presents the results of a research aimed at developing of My Activity on the Internet Questionnaire (MAWI), used to measure the risk of netaddiction in anonymous group studies of secondary school students and to describe the degree of netaddiction risk, its consequences and determinants. The research was conducted with the participation of experts (psychologists and pedagogues) and youth. The results show that a large group of young people is at risk of addiction to the Internet, e-gaming, e-gambling and e-activity, which leads to social and health consequences. It has been shown that a positive attitude towards the Internet, being on the Internet with parents and the lack of alternative ways of spending free time, are risk factors of netaddiction. Based on the results authors postulate the need of monitoring the risk of netaddiction in schools and taking appropriate psychoeducational action. The research was co-financed by the Gambling Problem Solving Fund at the disposal of the Ministry of Health and the Institute of Social Studies at the Warsaw University.

1. Uzasadnienie badań dotyczących zagrożenia uzależnieniem od Internetu i e-czynności

W niniejszym artykule opisano wybrane rezultaty prac dotyczących zagrożenia młodzieży w wieku 13-19 lat uzależnieniem behawioralnym związanym z aktywnością w Internecie. Inspirację dla projektu stanowiły trzy kategorie obserwacji. Po pierwsze, w Polsce w minionych 25 latach nastąpiły istotne przemiany społeczno-ekonomiczne. Ważnym ich elementem jest rosnąca powszechność dostępu do dóbr i usług, wśród których znajduje się także Internet. Do skutków przemian można zaliczyć m.in. pojawienie się nowych reguł funkcjonowania rodzin, w których rodzice mają mniejszy kontakt i kontrolę nad dziećmi (Giza-Poleszczuk, 2004).

Po drugie, eksplozja nowych technologii stanowi jeden z czynników uznawanych za sprzyjające rozwojowi nowych uzależnień na przełomie XX i XXI wieku (Ogińska-Bulik, 2010). Są to tzw. uzależnienia behawioralne, które dotykają osoby dorosłe i młodzież. Wśród nich wymieniane jest m.in. uzależnienie od Internetu, jak również od e-hazardu, e-zakupów i gier internetowych. Z badań wynika, że w Polsce ponad dwie trzecie gospodarstw domowych posiada komputery oraz urządzenia przenośne i smartfony, które także umożliwiają zdalny dostęp do sieci (Batorski, 2013; *Jestem.mobi*, 2014). Ponadto, posiadanie smartfonów jest silnie zróżnicowane w zależności od wieku. Najwięcej posiadaczy smartfonów jest wśród młodzieży w wieku 15–19 lat (74%), a w pozostałych grupach odsetki te wynoszą: 70 (20–29 lat), 60 (30–39 lat), 52 (40–49 lat), 28 (50–59 lat) i 9 (grupa osób powyżej 60 lat).

Po trzecie zatem, grupą społeczną szczególnie aktywną w Internecie jest młodzież (Wąsowicz, Styśko-Kunkowska, 2014), która może być szczególnie zagrożona uzależnieniem od Internetu.

Potencjał uzależniający mają też inne e-czynności. Jedną z atrakcyjnych dla młodzieży form aktywności w Internecie są gry typu MMORPG (*Massive Multiplayer Online Role-Playing Games*), w które angażują się miliony użytkowników sieci na całym świecie (Voig, Inc, 2008, za: Blinka i Smahel, 2011). Uczestnictwo w nich zaspokaja liczne potrzeby psychologiczne graczy. Atrakcyjność gier tego typu wynika m.in. z doświadczania poczucia wspólnoty (Caplan i in., 2009). Są one stymulujące, dają możliwość współzawodnictwa, eskapizmu (ucieczki od problemów związanych z życiem społecznym, codziennością i rzeczywistością w świat iluzji i wyobrażeń), zabawy i kontaktów społecznych. Ponadto gracze są nagradzani za małe osiągnięcia, a przy tym nieregularnie, zatem są poddawani warunkowaniu instrumentalnemu ze zmiennym schematem wzmocnień, co motywuje do powtarzania zachowań mogących prowadzić do uzyskania nagrody.

Podobny system nagród jest cechą hazardu, którego percepcja i ocena uległa zmianie kulturowej na przestrzeni ostatnich lat (Griffiths i in., 2006). Spostrzegany niegdyś jako czynność wątpliwa pod względem moralnym i marginalna w sensie dostępności oraz znaczenia ekonomicznego, hazard zyskuje coraz większą akceptację społeczną i popularność, przede wszystkim ze względu na szeroką dostępność przez Internet i mobilne urządzenia, przy bardzo słabo działających systemach identyfikacji wieku gracza (Smeaton i Griffiths, 2004). Niezwykle niepokojące są dane dotyczące hazardu wśród młodzieży. Z przeglądu wielu badań (Volberg i in., 2011) wśród osób w wieku od 12 do 21 lat prowadzonych na świecie wynika, że w zależności od miejsca na ziemi, grup wiekowych i zastosowanych

metod, między 20 a 90% badanych deklarowało uczestnictwo w jakiejś formie hazardu (w minionym roku lub w życiu). Wykazano, że zdecydowana większość młodzieży bierze na ogół udział w tzw. *free games*, bez zaangażowania prawdziwych pieniędzy, lecz zdarza się, iż małoletni korzystają z kart kredytowych rodziców (Volberg i in., 2008). Hazard staje się zatem normalnym zjawiskiem wśród bardzo młodych ludzi (czemu sprzyja społeczna, w tym rodzicielska, akceptacja dla tej formy rozrywki - Griffiths i in., 2011). Badacze i klinicyści zwracają uwagę, że hazardowi młodzieży należy poświęcić szczególną uwagę (Volberg i in., 2011) – m.in. ze względu na: a) łatwość dostępu do hazardu przez Internet i urządzenia mobilne oraz telewizję interaktywną (Felsher i in., 2004), b) bardzo wczesne podejmowanie zachowań hazardowych przez adolescentów – jeszcze zanim zaczną eksperymentować z tytoniem, narkotykami i seksem (Gupta i Derevensky, 1998; Jacobs 1989), c) współwystępowanie hazardu z innymi zachowaniami ryzykownymi oraz zaburzeniami zdrowia psychicznego (Barnes i in., 2005; Vitaro i in., 2001; Winters, Anderson, 2000), d) związek wczesnych doświadczeń hazardowych z prawdopodobieństwem uzależnienia (Burge i in., 2006; Kessler i in., 2008).

Istotne są także powody, dla których hazard jest tak pociągający dla młodzieży, czyli: rozrywka, przyjemność, ekscytacja i chęć zarobienia pieniędzy (Derevensky 2008). Jego formę *online* charakteryzują ponadto: wygoda, dostępność, brak blokad wiekowych, bogactwo i różnorodność gier, anonimowość i prywatność (Griffiths i Barnes, 2008; McBride i Derevensky, 2009; Wood i in., 2007).

Wiedza na temat hazardu młodzieży jest bogata w stosunku do tej skromnej, jaka została zgromadzona na temat dokonywanych przez nią zakupów *online*. Wiadomo, że polski rynek zakupów w Internecie rozwija się bardzo dynamicznie oraz, że ludzie młodzi są najbardziej zaangażowani w internetową aktywność zakupową: 30% klientów w sieci stanowią osoby od 15. do 24. roku życia, a 47% – osoby z grupy wiekowej 25–39 lat (Frąckiewicz, 2011). Zakupy w Internecie związane są z łatwością poszukiwania informacji, zróżnicowaniem i bogactwem produktów, unikalnością, doświadczaniem przyjemności i wygody kupowania oraz unikaniem interakcji społecznych (Arnold i Reynolds, 2003; Noble i in., 2006). Kupowanie w sieci może także zaspokajać liczne potrzeby psychologiczne, m.in. takie, jak: odreagowanie złości, radzenie sobie z depresją, poszukiwanie stymulacji, poszukiwanie sfery, w której można odnosić sukcesy (Shulman, 2008). Wymienione motywy oraz cechy kupowania w Internecie i ekscytacja związana z oczekiwaniem na przesyłkę mogą przekładać się na częstsze, a także nadmierne realizowanie zakupów.

Rosnąca powszechność dostępu do Internetu budzi złożone reakcje komentatorów zjawiska. Bez wątpienia Internet ma ogromny i pozytywny wpływ na funkcjonowanie organizacji, społeczeństw i pojedynczych osób (Batorski, 2013; McQuade i in., 2012). Z drugiej jednak strony pewne cechy Internetu (np. dostępność fizyczna i finansowa, łatwość wejścia w sieć przez różne urządzenia, anonimowość, powtarzalność zachowań, pozytywne doświadczenia oraz możliwość oderwania od rzeczywistości) sprzyjają uzależnieniu (Greenfield, 2011; McQuade i in., 2012).

Istnieje wiele definicji uzależnienia od Internetu – m.in. Ko i in., 2005; Ogińska-Bulik, 2010; Woronowicz, 2009; Young, 1998. Bardzo pomocny w tym względzie jest DSM-V (2013), najnowszy podręcznik klasyfikujący zaburzenia psychiczne, w którym uwzględniono uzależnienie od hazardu (również w postaci *online*) oraz uzależnienie od gier internetowych. Z analizowanych w tym artykule zachowań w sieci, w DSM-V nie jest opisane ogólne uzależnienie od Internetu oraz uzależnienie od zakupów (realnych i wirtualnych), choć badacze tych zjawisk są zgodni co do tego, że zarówno używanie Internetu, jak i zachowania zakupowe mogą nosić znamiona uzależnienia (Ogińska-Bulik, 2010; Young, 1998).

Rozmaite kryteria diagnostyczne uzależnienia od Internetu i e-czynności oraz skale służące do diagnozy uzależnienia zostały omówione szeroko w odrębnym opracowaniu (Wąsowicz, Styśko-Kunkowska, 2014). Należy jednak podkreślić, że orzeczenie uzależnienia jednostki od czynności wymaga stwierdzenia ponad wszelką wątpliwość, że zachodzi psychiczny lub fizyczny przymus ich wykonywania w oczekiwaniu na efekty ich podjęcia lub dla uniknięcia przykrych objawów ich braku (na podstawie definicji uzależnienia z DSM-V). Diagnoza powinna być dokonywana indywidualnie, na podstawie rozbudowanego wywiadu klinicznego, w którym kwestionariusze mogą stanowić jedynie narzędzia pomocnicze. W sytuacji, gdy nie ma możliwości dokonania pełnej diagnozy indywidualnej i wnioskowanie oparte jest na kwestionariuszowym pomiarze grupowym (jaki zakładano w tym projekcie), w naszej opinii można mówić jedynie o zagrożeniu uzależnieniem występującym w danej grupie (u części lub wszystkich jej członków), bez orzekania zagrożenia e-uzależnieniem pojedynczych, konkretnych osób. Uwzględniając rozmaite kryteria oceny – na czele z DSM-V (2013) – oraz fazowość rozwoju uzależnienia postulowaną przez Woronowicza (2009), na potrzeby opisywanego projektu badawczego przyjęto następującą definicję zagrożenia uzależnieniem od Internetu i e-czynności (Ramka 1).

Ramka 1. Definicja zagrożenia uzależnieniem od Internetu i e-czynności (źródło: Wąsowicz, Styśko-Kunkowska, 2014, s. 69)

Zagrożenie uzależnieniem od Internetu i e-czynności jest to stan zaabsorbowania (części) członków grupy (szkolnej) Internetem i e-czynnościami przejawiający się w fascynacji (Faza I), w traktowaniu Internetu i e-czynności jako narzędzia odprężenia i redukcji dyskomfortu (Faza II), w zwiększaniu intensywności korzystania w celu regulowania stanów emocjonalnych (Faza III), w wycofywaniu się z relacji społecznych (Faza IV), w poczuciu dyskomfortu w sytuacjach ograniczonego dostępu do Internetu (Faza V) lub w pojawieniu się problemów (np. społecznych, szkolnych i zdrowotnych – Faza VI) w konsekwencji intensywnego użytkowania Internetu.

W Polsce prowadzonych jest wiele prac nad uzależnieniami, w tym behawioralnymi (Augustynek, 2010; Ogińska-Bulik, 2010; Woronowicz, 2009). Prace te są bardzo potrzebne ze względu na to, że uzależnienie od Internetu i e-czynności (określane dalej w skrócie jako e-uzależnienie) może mieć niezwykle poważne skutki. Mogą one być bardzo dotkliwe i długofalowe dla młodych ludzi, których osobowość oraz podstawy funkcjonowania społecznego i ekonomicznego dopiero się kształtują. Szczególnie w przypadku młodych ludzi ważne jest wczesne dostrzeżenie zagrożenia oraz podjęcie odpowiednich działań profilaktycznych (np. psychoedukacyjnych).

Według wiedzy autorek projektu brakuje systematycznych badań, które: 1) dotyczyłyby młodzieży, determinant i konsekwencji uzależnienia od Internetu i e-czynności specyficznych dla młodych ludzi; 2) służyłyby opisowi zaawansowania (fazy) zagrożenia e-uzależnieniem oraz monitorowaniu zmian w poziomie zagrożenia; 3) dałyby podstawy do decyzji o kierunkach niezbędnych działań profilaktycznych do wprowadzenia w środowisku szkolnym, w którym zdiagnozowano zagrożenie uzależnieniem od Internetu i e-czynności. Ponadto, szczególnie istotne jest to, że – nie tylko w Polsce – nie ma kwestionariuszy dotyczących uzależnienia od zachowań w sieci, opracowanych specjalnie z myślą o młodzieży szkolnej. Te konstatacje stanowiły podstawę definicji celów projektu, w którym przede wszystkim dążono do opracowania Kwestionariusza do diagnozy zagrożenia uzależnieniem od Internetu i e-czynności oraz do opisania stanu zagrożenia wśród młodzieży szkolnej w wieku 13-19 lat. Efekty tych prac zostały przedstawione w dwóch obszernych opracowaniach (Wąsowicz, Styśko-Kunkowska, 2014 oraz Styśko-Kunkowska, Wąsowicz, 2014). W niniejszym artykule zostały przedstawione jedynie wybrane wyniki, częściowo wykraczające poza tamte publikacje.

2. Metodologia badań prowadzonych w ramach projektu

Opis badań i ich uczestników. W badaniach przeprowadzonych w ramach projektu uczestniczyły dwie grupy osób. Jedna to specjaliści, psychologowie i pedagodzy, mający doświadczenia z osobami uzależnionymi i/lub stykający się w szkołach z którąś z analizowanych e-czynności. Drugą grupę stanowiła młodzież w wieku od 13 do 19 lat, uczniowie gimnazjów, techników i liceów.

W projekcie zrealizowano siedem badań: cztery jakościowe i trzy ilościowe. Specjaliści uczestniczyli w dwóch badaniach (badanie 1 i badanie 3), przeprowadzonych metodą pogłębionych wywiadów indywidualnych. Celem pierwszego z nich było poznanie opinii i doświadczeń na temat: a) symptomów i determinant uzależnień behawioralnych wśród dorosłych i młodzieży, b) istniejących narzędzi kwestionariuszowych, c) stosowanych działań psychoedukacyjnych. Cele drugiego badania podobne, jednakże dotyczyło ono uzależnień behawioralnych jedynie wśród młodzieży w szkołach.

Uczniowie uczestniczyli w dwu badaniach jakościowych i trzech ilościowych. Badania jakościowe przeprowadzono metodą zogniskowanych wywiadów grupowych *online* (badanie 2) oraz tradycyjnych (badanie 4). Ich celem było odpowiednio: a) poznanie doświadczeń, opinii i języka, jakim posługuje się młodzież w kontekście korzystania z Internetu i podejmowania w nim analizowanych e-czynności, b) poznanie opinii młodzieży na temat fragmentów wstępnej wersji Kwestionariusza MAWI, opracowanej na podstawie wyników badań 1-3, przed badaniem pilotażowym (badanie 5.). W badaniu 5 testowano to narzędzie na próbie 576 uczniów z województwa mazowieckiego. Posłużyło ono określeniu własności psychometrycznych, które następnie wykorzystano jako podstawę wyboru stwierdzeń kwestionariuszowych. W kolejnym badaniu (badanie 6) udział wzięło 1000 uczniów. Jego celem, poza pozyskaniem danych do opracowania ostatecznej wersji Kwestionariusza MAWI, była diagnoza zagrożenia uzależnieniem od Internetu i e-czynności wśród polskiej młodzieży w wieku 13-19 lat (próba reprezentatywna). Ostatnie badanie (badanie 7, próba z województwa mazowieckiego licząca 147 osób) miało dwie tury i służyło walidacji narzędzia, a zebrane w nim dane posłużyły do określenia jego rzetelności i trafności.

Charakterystyka Kwestionariusza MAWI. Podstawę teoretyczną Kwestionariusza MAWI stanowią opracowania innych badaczy, wskazujących na znaczenie intensywności korzystania z Internetu oraz fazowość rozwoju e-uzależnienia (DSM-V; Woronowicz, 2009). W szczególności został on oparty na koncepcji Woronowicza (2009), zgodnie z którą

warunkiem orzeczenia problemu uzależnienia od Internetu jest coraz dłuższy czas przebywania w sieci, a w rozwoju tego uzależnienia występuje sześć faz. Kwestionariusz MAWI powstał po przyjęciu szeregu założeń, które zostały opisane szczegółowo w innym opracowaniu (Wąsowicz, Styśko-Kunkowska, 2014, s. 77-80). Zgodnie z najważniejszymi z nich narzędzie to służy do diagnozy stopnia zagrożenia e-uzależnieniem (od Internetu i e-czynności) w danym środowisku szkolnym/klasowym oraz do pomiaru wybranych czynników zwiększających prawdopodobieństwo występowania i pogłębiania e-uzależnienia. **Kwestionariusz MAWI jest przeznaczony do anonimowych badań grupowych**, prowadzonych wśród młodzieży w wieku 13–19 lat w szkołach ponadpodstawowych przez pedagogów i/lub psychologów szkolnych, natomiast **nie służy on do diagnozy uzależnienia** pojedynczych, konkretnych osób. Przyjęto także założenia dotyczące treści i formy kwestionariusza/pozycji kwestionariuszowych. Założenia te dotyczyły dbałości o: a) opracowanie możliwie jak najkrótszego narzędzia, b) sformułowanie stwierdzeń w sposób niezagrażający dla osób badanych, nieodwołujący się bezpośrednio do symptomów i konsekwencji e-uzależnienia, opisywanych językiem specjalistów, c) uwzględnienia różnych aspektów (pozytywnych i negatywnych) aktywności w Internecie i pytań maskujących (niediagnostycznych), d) stworzenie narzędzia, dla którego opracowanie wyników będzie proste i możliwe do wykonania przez psychologów szkolnych/pedagogów w stosunkowo krótkim czasie. Przyjęto także, że pomiar czynników zwiększających prawdopodobieństwo występowania e-uzależnienia ma być ograniczony jedynie do takich, które poddają się działaniom psychoedukacyjnym, możliwym do przeprowadzenia na terenie szkoły.

Zastosowanie Kwestionariusza MAWI pozwala na opracowanie 6 kategorii wskaźników zagrożenia e-uzależnieniem, jego konsekwencji i determinant, przedstawionych w Ramce 2. W kolejnym podrozdziale przedstawiono wybrane wyniki odnoszące się do wartości tych wskaźników uzyskanych w badaniu 6 (oraz w jednym przypadku w badaniu 7).

Ramka 2. Wskaźniki zagrożenia uzależnieniem od Internetu i e-czynności, konsekwencji i determinant e-uzależnienia, możliwe do opracowania na podstawie pomiaru Kwestionariuszem MAWI (źródło: na podstawie Wąsowicz, Styko-Kunkowska, 2014)

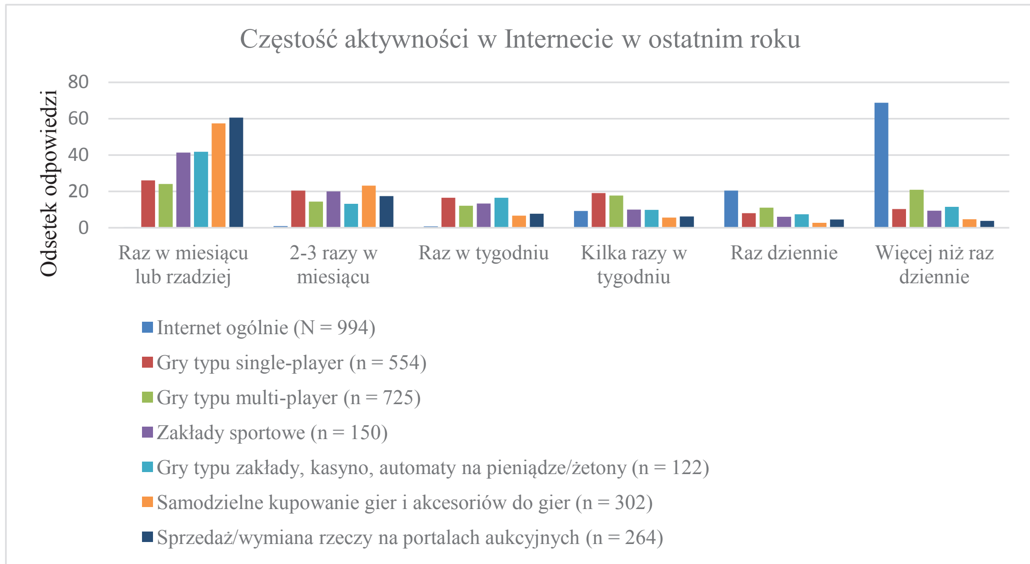
Wskaźnik I zagrożenia e-uzależnieniem – zmiana intensywności korzystania z Internetu w stosunku do poprzedniego roku (utrzymanie lub wzrost aktywności)
Wskaźniki II zagrożenia e-uzależnieniem dla faz I-V (por. def. zagrożenia e-uzależnieniem w Ramce 1.)
Wskaźnik III – Sumaryczny Wskaźnik Zagrożenia (SWZ) stworzony na podstawie Wskaźników Faz I-V
Wskaźniki IV zagrożenia e-uzależnieniem – częstość korzystania z Internetu i wykonywania e-czynności
Wskaźniki V konsekwencji zagrożenia e-uzależnieniem (społecznych i zdrowotnych)
Wskaźniki VI determinant zagrożenia e-uzależnieniem (postawy wobec Internetu, sposobów spędzania wolnego czasu z rodzicami i samodzielnie)

3. Wybrane wyniki badań

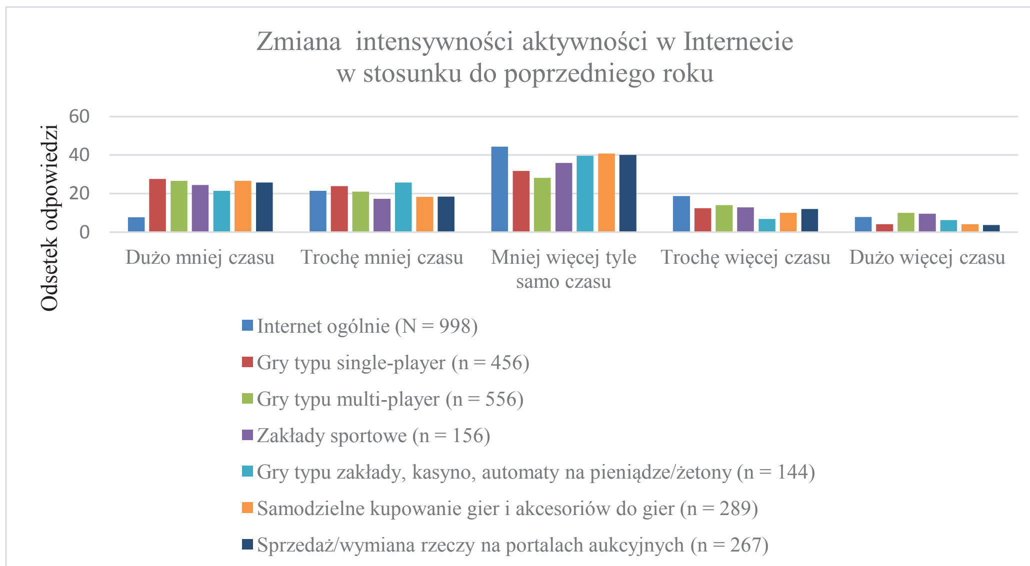
Wyniki dotyczące zagrożenia e-uzależnieniem na podstawie Wskaźnika IV (częstości aktywności w sieci) oraz Wskaźnika I (zmiany intensywności korzystania z Internetu i wykonywania wybranych e-czynności. Z badania tysiąca polskich nastolatków wynika, że jedynie 2% tej grupy nie korzystało z Internetu w minionym (tzn. 2013) roku. Natomiast z e-grami typu *single*- i *multi-player* nie miało do czynienia odpowiednio 44,2 oraz 27,4% badanych. Zdecydowana większość nie uczestniczyła w hazardzie *online*. Zakładów sportowych nie obstawiało 85% badanych osób, a w grach typu kasyno nie uczestniczyło 87,8% uczniów. Doświadczeń zakupowych w sieci nie miało około 70% badanych (odpowiednio 69,8 oraz 73,5% dla samodzielnego kupowania gier i akcesoriów do gier oraz dla aktywności na portalach aukcyjnych). Z przedstawionych statystyk wynika, że podejmowanie dwu z e-czynności (e-hazard i e-zakupy) dotyczy zdecydowanej mniejszości młodzieży. Jednocześnie należy zauważyć, że między 60 a 70% uczniów jest aktywnych w zakresie e-gier, 15% ma doświadczenia hazardowe (dozwolone dla osób powyżej 18. roku życia!), a około 1/3 robi w sieci zakupy. Zatem **nie można zignorować faktu podejmowania przez młodzież ryzykownych e-czynności**. Tym bardziej, że niektórzy z badanych wykonują je częściej niż raz dziennie, co obrazuje Rycina 1, na której przedstawiono odsetki odpowiedzi na pytania o częstość poszczególnych aktywności, wyliczone w grupach osób deklarujących ich podejmowanie w poprzednim roku. Jak widać na rycinie, prawie 70% badanych korzysta z Internetu więcej niż raz dziennie, ponad 1/5 uczestniczy z taką częstością w grach typu *multi-player*, a 10% badanych wchodzi więcej niż raz dziennie na strony hazardowe. W całej próbie 1/3 badanej młodzieży deklarowała zainteresowanie zakupami w sieci, lecz ponad połowa tej grupy podejmowała tę e-czynność raz w miesiącu lub rzadziej.

Częstość wykonywania danej czynności (Wskaźnik IV) bywa w literaturze traktowana jako oznaka uzależnienia (Woronowicz, 2009). Jednakże, zgodnie z przyjętymi w omawianym projekcie wskaźnikami zagrożenia e-uzależnieniem, pierwszym z nich jest utrzymanie lub zwiększenie częstości przebywania w Internecie i wykonywania w nim e-czynności. Zagrożenie oceniane na tej podstawie obrazuje Rycina 2.

Rycina 1. Odsetki odpowiedzi młodzieży na pytanie o częstość korzystania z Internetu i wykonywania poszczególnych e-czynności w 2013 roku



Rycina 2. Odsetki odpowiedzi młodzieży na pytanie o zmianę intensywności korzystania z Internetu i wykonywania poszczególnych e-czynności w stosunku do poprzedniego roku (N = 1000)



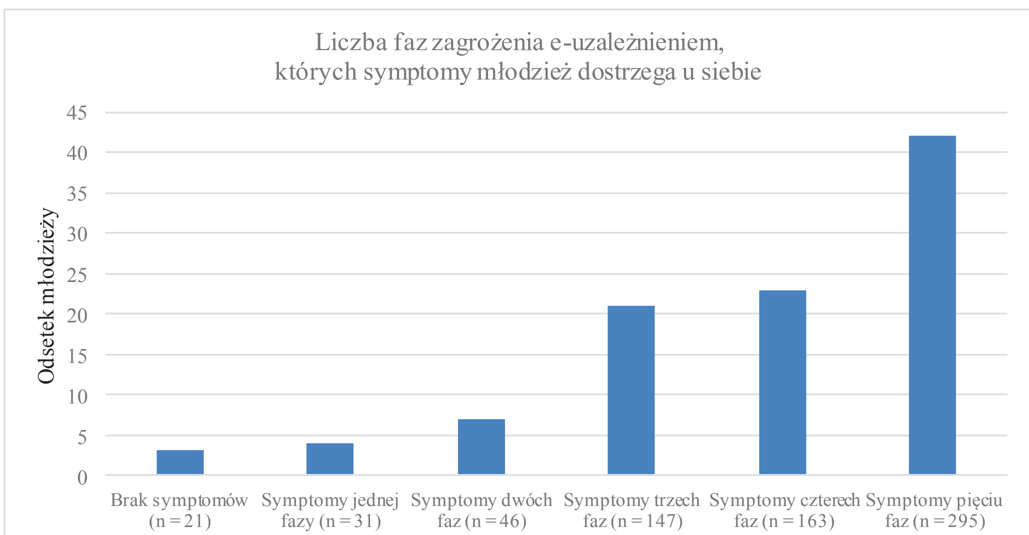
Z Ryciny 2 wynika, że około 30% badanych zmniejszyło intensywność korzystania z Internetu ogólnie i od około 40 do 50% mniej angażuje się w poszczególne e-czynności, zatem orzekając na podstawie przyjętego przez nas Wskaźnika I w momencie badania nie należeli do grupy osób zagrożonych. Dla oceny zagrożenia e-uzależnieniem dużo bardziej znaczące są wyniki dotyczące odsetka osób, które utrzymują aktywność w sieci na tym samym poziomie lub zwiększają jej intensywność. W kontekście korzystania z Internetu ogólnie grupy te wynoszą odpowiednio około 40 i 30%, a to oznacza, że **prawie 71% badanych uczniów jest zagrożonych e-uzależnieniem od Internetu**. W przypadku poszczególnych e-czynności między 30 a 40% badanych deklarowało wykonywanie ich z podobną jak w minionym roku częstotliwością, a od 16 do 24% badanych stwierdziło, ze intensywność poszczególnych e-czynności wzrosła. Opierając się na Wskaźniku I można zatem uznać, że **osób zagrożonych uzależnieniem od gier *online* jest około 50%** (48% dla gier *single-player* i 52% dla gier *multi-player*), **podobny odsetek zagrożonych stwierdzono w przypadku gier hazardowych *online*** (52%) i nieco wyższy dla obstawiania *online* zakładów sportowych (58%) **oraz ponad 50% dla zachowań związanych z zakupami w Internecie** (dla samodzielnych zakupów gier i akcesoriów odsetek ten wynosi 55%, a dla sprzedawania i wymieniania rzeczy na portalach aukcyjnych – 56%). Wyniki te są alarmujące. Z pewnością kryterium Wskaźnika I jest dosyć rygorystyczne, lecz w przypadku omawianego zagrożenia, a także w kontekście oceny konieczności podejmowania (lub nie) działań profilaktycznych lepiej jest przecenić liczbę osób zagrożonych niż nie docenić i zignorować zagrożenie.

Wyniki dotyczące stopnia zagrożenia uzależnieniem od Internetu. W przyjętym w omawianych badaniach podejściu głównym kryterium oceny stopnia zagrożenia uzależnienia od Internetu i e-czynności są wskaźniki z grupy II, dotyczące faz zagrożenia uzależnieniem oraz Sumaryczny Wskaźnik Zagrożenia SWZ, stanowiący zagregowaną ocenę zagrożenia opartą na wynikach dla faz I-V. Wskaźniki te są wyliczane dla tej grupy osób, które przyznały, że korzystają z Internetu z taką samą lub większą intensywnością niż w minionym roku, zatem zostały zakwalifikowane do grupy osób zagrożonych na podstawie Wskaźnika I. Ocena stopnia zagrożenia dokonywana jest na podstawie odpowiedzi udzielanych w tej części Kwestionariusza MAWI, w której młodzież wypowiada się na temat symptomów zagrożenia e-uzależnieniem powiązanych z różnymi fazami jego rozwoju.

Wykonując analizy danych z badania 6 stwierdzono, że w całej grupie osób zakwalifikowanych jako zagrożone na podstawie Wskaźnika I, jedynie 21 osób (3%) nie zauważyło u siebie żadnych symptomów zagrożenia uzależnieniem od Internetu. Analizując odsetki osób niedostrzegających symptomów poszczególnych faz zaobserwowano, że są one różne w zależności od fazy. Odsetki te wynoszą odpowiednio: 10% (Faza I – fascynacja Internetem), 6% (Faza II – redukcja dyskomfortu poprzez przebywanie w Internecie), 7% (Faza III – zwiększanie intensywności korzystania z Internetu w celu regulacji stanów emocjonalnych), 46% (Faza IV – ograniczanie kontaktów z bliskim otoczeniem) i 37% (Faza V – doświadczanie dyskomfortu w sytuacji braku dostępu do sieci). Wynika z tego, że – niezależnie od fazy – większość młodzieży spostrzega u siebie jakieś symptomy zagrożenia e-uzależnieniem. Ponadto, symptomy charakterystyczne dla fazy IV i V dostrzegano zdecydowanie rzadziej niż miało to miejsce w przypadku Fazy I, II i III.

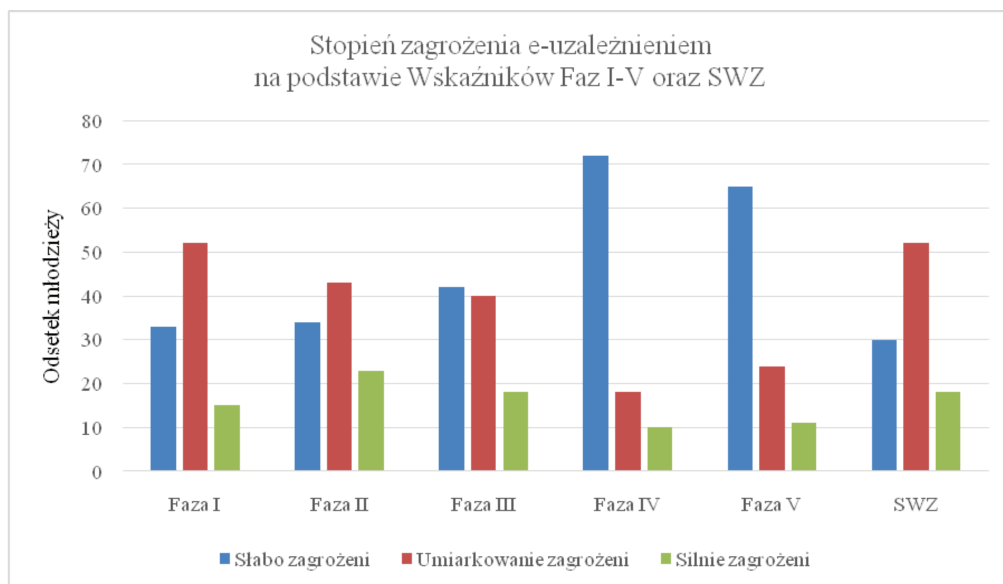
Cennych informacji dostarcza także analiza liczby faz, których symptomy badani u siebie zauważyli. Rycina 3 przedstawia odsetki osób, które w badaniu 6 zaobserwowały symptomy zagrożenia e-uzależnieniem, charakterystyczne dla różnej liczby faz. Widoczny na niej przyrost liczby osób jest bardzo niepokojący, odzwierciedla bowiem to, że **w badanej grupie największy jest odsetek osób, które dostrzegają u siebie jakieś symptomy uzależnienia ze wszystkich faz**. Tych osób jest ponad 40% z grupy 703 uczniów, zakwalifikowanych do grupy zagrożonych e-uzależnieniem na podstawie Wskaźnika I.

Rycina 3. Odsetek młodzieży w zależności od liczby faz, których symptomy u siebie dostrzega (badanie 6, n = 703; por. Wąsowicz, Styśko-Kunkowska, 2014, s. 95)



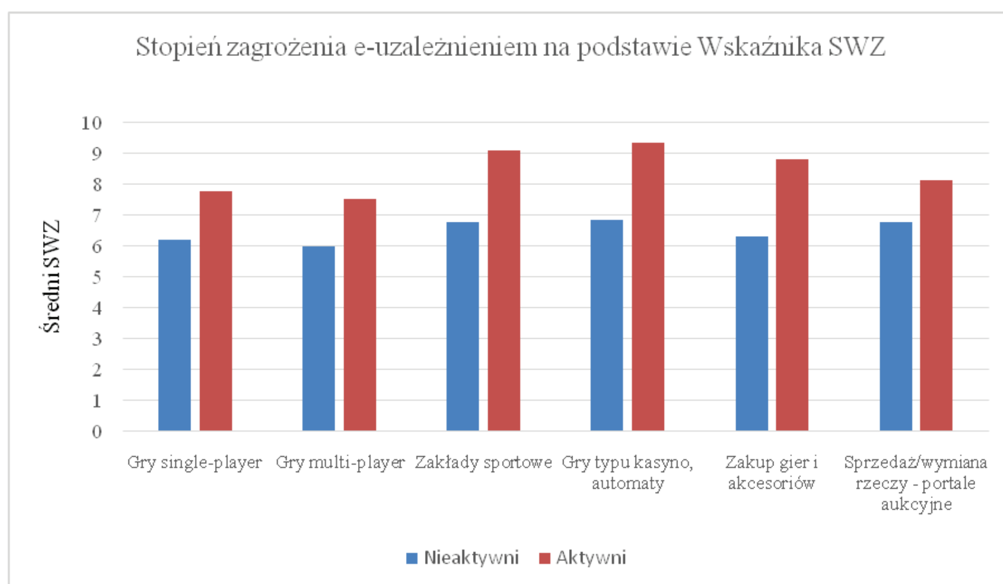
Główna ocena stopnia zagrożenia e-uzależnieniem w danej grupie szkolnej może być dokonywana na podstawie norm staninowych, opracowanych dla Wskaźników II (dla poszczególnych faz) i wskaźnika III (Sumaryczny Wskaźnik Zagrożenia) w oparciu o dane uzyskane w badaniu 6. Normy zawarte w monografii pt. *Młodzież w Internecie. Zagrożenie uzależnieniem. Podręcznik do Kwestionariusza MAWI* (por. Wąsowicz, Styśko-Kunkowska, 2014, s. 169-174) pozwalają określić słabe, umiarkowane i silne zagrożenie e-uzależnieniem. Wykorzystano je do oceny stopnia zagrożenia w grupie osób uczestniczących w pierwszej turze badania walidacyjnego (badanie 7), w którym stwierdzono, że osób najbardziej zagrożonych e-uzależnieniem jest najmniej w stosunku do pozostałych dwu kategorii (por. Ryc. 4). Najwięcej osób silnie zagrożonych zaobserwowano w przypadku wskaźnika Fazy II (23%), związanej z wykorzystywaniem Internetu do redukowania dyskomfortu psychicznego. Blisko 1/5 badanych uzyskało również wynik wskazujący na silne zagrożenie w przypadku Wskaźnika Fazy III, związanej ze zwiększaniem intensywności korzystania z Internetu w celu regulowania stanów emocjonalnych. Należy ponadto podkreślić, że na poziomie Sumarycznego Wskaźnika Zagrożenia (przekształconego na staniny) **prawie co piąty z badanych uczniów osiągnął wysoki poziom zagrożenia uzależnieniem od Internetu.**

Rycina 4. Stopień zagrożenia e-uzależnieniem w pomiarze wskaźnikami II i III (podział według stanin dla tych wskaźników) – odsetki uczniów w szkołach z województwa mazowieckiego (test w badaniu 7 walidacyjnym, N = 94)



Wyniki dotyczące związków między e-czynnościami a zagrożeniem uzależnieniem od Internetu. Podejmowanie poszczególnych e-czynności może zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia zagrożenia uzależnieniem od Internetu. Potwierdzają to wyniki analiz, w których sprawdzano, czy deklaracja podejmowania poszczególnych e-czynności różnicuje stopień zagrożenia. Z serii testów U Manna-Whitneya wynika, że w grupach osób angażujących się w gry *online*, hazard *online*, samodzielne zakupy gier i akcesoriów do gier oraz osób aktywnych na portalach aukcyjnych Sumaryczny Wskaźnik Zagrożenia uzależnieniem od Internetu przyjmuje wartości istotnie statystycznie wyższe niż w grupach osób niemających takich doświadczeń (por. Ryc. 5 oraz Tabela 1 w aneksie). Różnice średnich wskaźnika SWZ w porównywanych grupach były największe w przypadku uczestniczenia w grach hazardowych na pieniądze/żetony, dokonywania samodzielnych zakupów gier i akcesoriów do gier [2,50] oraz obstawiania zakładów sportowych [2,32], a istotnie niższe w przypadku grania w sieci [1,55] oraz uczestnictwa w aukcjach [1,36]. Różnice te wydają się niewielkie w kontekście teoretycznego zakresu wskaźnika SWZ (od 0 do 25), jednakże pokazują, że **wykonywanie e-czynności (e-gry, e-hazard, e-zakupy) zwiększa prawdopodobieństwo zagrożenia uzależnieniem od Internetu.**

Rycina 5. Stopień zagrożenia e-uzależnieniem młodzieży w pomiarze Wskaźnikiem SWZ (nieprzekształconym na staniny) w grupach osób niepodejmujących i podejmujących e-czynności (N = 1000)



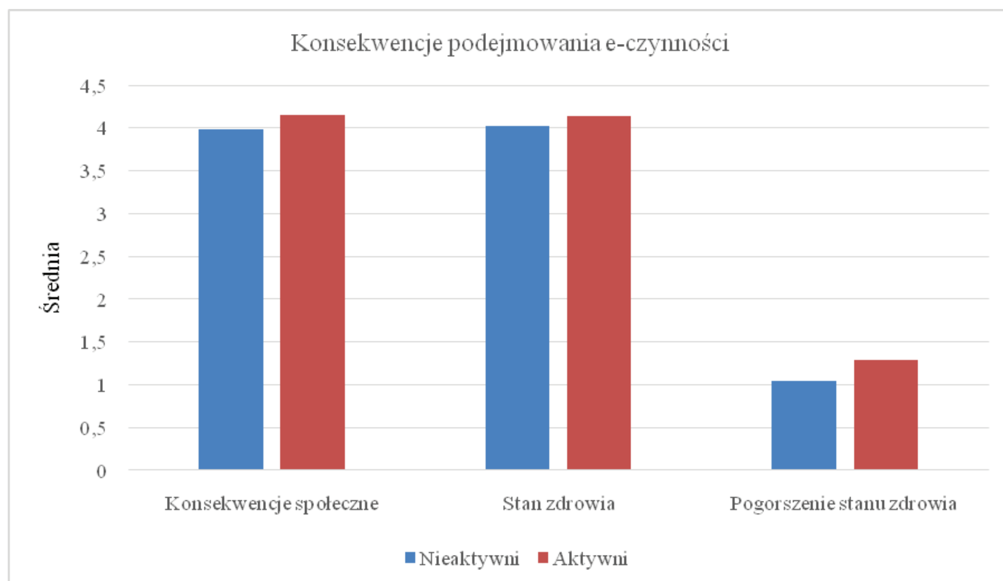
Wyniki dotyczące konsekwencji zagrożenia e-uzależnieniem. Konsekwencje zagrożenia uzależnieniem od Internetu spostrzegane są przez Woronowicza (2009) jako szósta faza rozwoju uzależnienia. Mogą one dotyczyć różnych aspektów funkcjonowania. Temat ten został omówiony szczegółowo w podręczniku do Kwestionariusza MAWI (Wąsowicz, Styśko-Kunkowska, 2014). W badaniu młodzieży ostateczną wersją Kwestionariusza MAWI dokonywany jest pomiar konsekwencji społecznych (ocena samopoczucia w klasie) oraz zdrowotnych (pomiar ogólnej oceny aktualnego stanu zdrowia oraz oceny pogorszenia zdrowia w różnych aspektach, tj. pogorszenie wzroku i wystąpienie dolegliwości bólowych dłoni, kręgosłupa). Przedstawione w podręczniku wyniki wskazują, że **im większe jest zagrożenie uzależnieniem od Internetu** (oceniane na podstawie Wskaźnika SWZ), **tym niższa jest samoocena samopoczucia w klasie oraz wyższe oceny pogorszenia stanu zdrowia w jego poszczególnych aspektach** ujęte w uśredniony wskaźnik. Nie stwierdzono natomiast wpływu zagrożenia e-uzależnieniem na ogólną ocenę aktualnego stanu zdrowia (Wąsowicz, Styśko-Kunkowska, 2014).

W niniejszym artykule są przedstawione wyniki szczegółowe, nieprzywołane w podręczniku do Kwestionariusza MAWI. Dotyczą one społecznych i zdrowotnych konsekwencji podejmowania poszczególnych e-czynności. Przeprowadzono dwa rodzaje analiz (na danych z badania 6. z udziałem młodzieży). Część z nich polegała na poszukiwaniu różnic w natężeniu społecznych i zdrowotnych konsekwencji w grupach osób niepodejmujących i podejmujących daną e-czynność. Analizy te wykonano w odniesieniu do odpowiedzi osób zakwalifikowanych do grupy zagrożonych uzależnieniem od Internetu na podstawie Wskaźnika I (a nie w całej próbie). W drugiej grupie analiz sprawdzano, czy zmiana intensywności wykonywania poszczególnych e-czynności wpływa na konsekwencje społeczne i zdrowotne potencjalnie uzależniającej aktywności w sieci.

Z pierwszej części analiz wykonanych testem U Manna-Whitneya wynika, **że na ocenę samopoczucia w klasie ma wypływ kupowanie gier i akcesoriów do gier, a na ocenę aktualnego stanu zdrowia – granie w gry typu *single-player***. Co jednak jest zaskakujące, w obu przypadkach osoby deklarujące daną aktywność podają średnio wyższe oceny samopoczucia w klasie i stanu zdrowia, niż osoby twierdzące, że nie mają takich doświadczeń (por. Ryc. 6 oraz Tabela 2 w aneksie). Stwierdzono także tendencję statystyczną dla zależności zachodzącej między faktem uczestniczenia w grach hazardowych *online* (typu zakłady, kasyno i automaty na żetony/pieniądze) a pojawieniem się problemów zdrowotnych. **Osoby aktywne** udzieliły odpowiedzi wskazujących na to, iż **mają większe problemy zdrowotne niż ich rówieśnicy niemający doświadczeń z hazardem**.

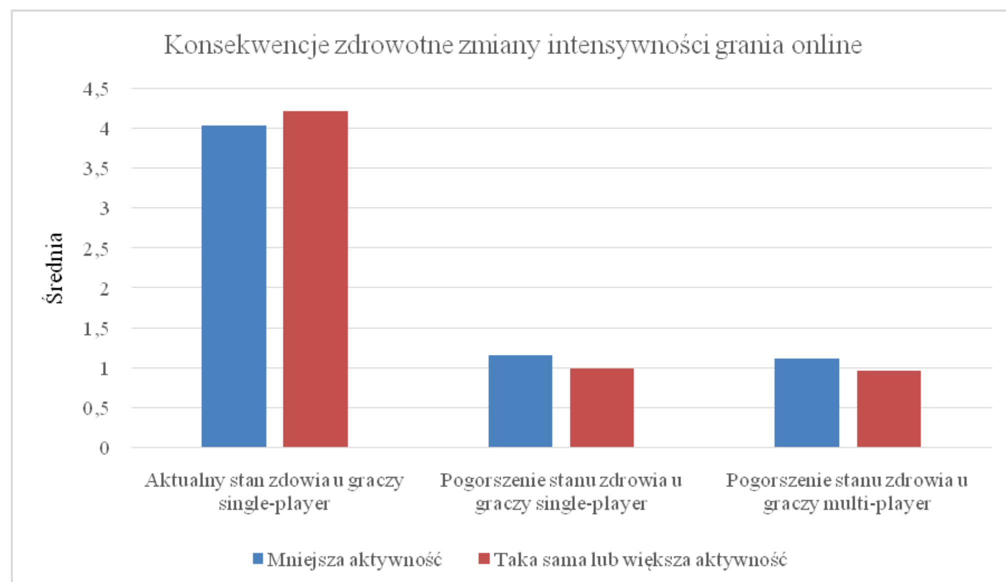
Drugą część analiz wykonano w celu sprawdzenia, czy występują różnice istotne statystycznie w zakresie analizowanych konsekwencji między wynikami osób, które zmniejszyły intensywność danej e-czynności, a tymi, które ją utrzymały lub zwiększyły. Nie stwierdzono żadnych istotnych statystycznie różnic dla oceny samopoczucia w klasie. Zatem zmiana intensywności aktywności w sieci w zakresie analizowanych e-czynności wydaje się nie mieć związku z oceną jakości relacji z innymi uczniami z klasy. Nie zidentyfikowano także wpływu zmiany intensywności e-hazardu i zakupów *online* na konsekwencje zdrowotne. Natomiast intensywność grania *online* różnicuje samoocenę stanu zdrowia (tylko w przypadku gier typu *single-player*) oraz wystąpienie trudności zdrowotnych w minionym roku (w przypadku obu typów gier). Na podstawie średnich wartości (por. Ryc. 7 i Tabela 3 w aneksie) można zauważyć, że ogólna ocena stanu zdrowia jest wyższa w grupie osób grających tyle samo lub więcej w obecnym roku w porównaniu do poprzedniego w gry typu *single-player* niż w grupie osób, które ograniczyły tę aktywność. Co więcej, grający w oba typy gier, którzy utrzymali swoją aktywność na tym samym poziomie lub zwiększyli intensywność wykonywania tej e-czynności, zadeklarowali w mniejszym stopniu pogorszenie stanu zdrowia, niż osoby które zmniejszyły intensywność tych aktywności.

Rycina 6. Konsekwencje społeczne i zdrowotne niepodejmowania i podejmowania e-czynności przez młodzież w grupie osób uznanych za zagrożone uzależnieniem od Internetu na podstawie Wskaźnika I (n = 703)



Wyniki dotyczące wpływu wykonywania e-czynności na konsekwencje e-uzależnienia są częściowo zaskakujące i wskazują na złożoność analizowanych zjawisk. Kupowanie gier i akcesoriów może zwiększać atrakcyjność w grupie, co prowadzi do pozytywnej samooceny samopoczucia w klasie, które trudno jest uznać za konsekwencję negatywną. Ponadto, na podstawie piśmiennictwa i doświadczeń specjalistów (Styśko-Kunkowska, Wąsowicz, 2014; Wąsowicz, Styśko-Kunkowska, 2014; Woronowicz, 2009) należałoby się spodziewać gorszego stanu zdrowia u graczy zwiększający intensywność tej czynności. Może być tak, że zauważenie negatywnych konsekwencji prowadzi do ograniczenia danej aktywności. Nie można też wykluczyć, że gracze zdają sobie sprawę z konsekwencji negatywnych podejmowania danej e-czynności, lecz deprecjonują te skutki, co jest odzwierciedlone w zawyżonych ocenach stanu zdrowia. A to z kolei wskazuje na trudności z bezpośrednim pomiarem niektórych konsekwencji w badaniu kwestionariuszowym.

Rycina 7. Konsekwencje zdrowotne zmiany intensywności grania *online* przez młodzież



Wyniki dotyczące determinant zagrożenia e-uzależnieniem. Jednym z celów projektu było udzielenie odpowiedzi na pytanie od czego zależy zagrożenie uzależnieniem od Internetu i e-czynności. Temat ten został szerzej omówiony w innej pozycji (Wąsowicz, Styśko-Kunkowska, 2014). Na podstawie wyników badań przeprowadzonych w ramach projektu ustalono, że w ostatecznej wersji Kwestionariusza MAWI można umieścić pomiar trzech czynników, które wchodzą w związki ze wskaźnikami zagrożenia e-uzależnieniem. Są

to: postawa wobec Internetu, podejmowanie w Internecie e-czynności wraz z rodzicami oraz sposoby spędzania wolnego czasu. W analizach **wykazano** m.in., że **im bardziej pozytywna jest postawa wobec Internetu, tym wyższe wartości przyjmuje wskaźnik zagrożenia e-uzależnieniem** (Wąsowicz, Styśko-Kunkowska, 2014).

Postawę wobec Internetu, podejmowanie w Internecie e-czynności wraz z rodzicami oraz sposoby spędzania wolnego czasu można uznać za czynniki wpływające na zagrożenie uzależnieniem od Internetu ogólnie, jednakże ich związki ze wskaźnikami podejmowania e-czynności są mniej wyraźne. Z analiz przeprowadzonych na potrzeby tego opracowania wynika, że pozytywna postawa wobec Internetu nie jest związana ani z częstością podejmowania e-czynności, ani ze zmianą intensywności podejmowania analizowanych e-czynności. Natomiast surfowanie z rodzicami w sieci jest skorelowane dodatnio, lecz słabo z częstością grania w gry typu *single*- (tau=,13, p=,01) i *multi-player* (tau=,15, p=,05), częstością sprzedawania/wymieniania rzeczy na portalach aukcyjnych (tau =,17, p =,01) oraz częstością kupowania gier i akcesoriów. Ponadto, **im wyższy jest wskaźnik spędzania przez młodzież czasu w sieci wspólnie z rodzicami, tym jest bardziej prawdopodobne, że młodzież utrzyma lub zwiększy intensywność podejmowania takich czynności, jak e-gry typu *single-player*** (tau=,12, p=,01) oraz **obstawianie zakładów sportowych** (tau=,15, p=,05). Trzecia charakterystyka – posiadanie alternatywnych sposobów spędzania wolnego czasu, koreluje ujemnie z częstością oraz zmianą intensywności kupowania gier i akcesoriów do gier (odpowiednio: tau=,14, p=,01 oraz tau=,12, p=,01). Zależności te, choć słabe, to jednak wskazują, że **posiadanie alternatywnych sposobów spędzania wolnego czasu może zmniejszać ryzyko zagrożenia uzależnieniem od e-czynności**. A szczególnie wart podkreślenia jest wynik wskazujący na to, że **wspólne przebywanie w sieci z rodzicami może zwiększać ryzyko zagrożenia e-uzależnieniem**.

4. Wnioski wynikające z przedstawionych badań

Badania przeprowadzone w ramach projektu pokazują, że zachowania podejmowane przez polskich nastolatków w Internecie są silnie obarczone ryzykiem uzależnienia. Na podstawie przyjętych kryteriów stwierdzono, że 2/3 uczniów jest zagrożonych uzależnieniem od Internetu oraz że problem zagrożenia uzależnieniem od e-gier, e-hazardu i e-zakupów dotyczy około połowy badanych uczniów. Ponadto, u co piątego z zagrożonych uzależnieniem od Internetu nastolatków stwierdzono jego wysoki poziom, a prawie połowa

zagrożonych tym e-uzależnieniem dostrzegła u siebie symptomy charakterystyczne dla wszystkich faz jego rozwoju.

Uzyskane wyniki są bardzo niepokojące. Wskazują one po pierwsze, że część młodzieży już w wieku gimnazjalnym angażuje się w Internecie w czynności zarezerwowane dla dorosłych, co jest szczególnie niepokojące w przypadku hazardu. Po drugie, analizowane w tym projekcie e-czynności podejmowane są z intensywnością mogącą prowadzić do uzależnienia. Po trzecie, podkreślenia wymaga obserwowanie przez młodzież symptomów wszystkich faz rozwoju uzależnienia, które obnażają prawdopodobne przyczyny ryzykownych zachowań w sieci. W świetle uzyskanych wyników można uznać, że szczególne istotne jest zwrócenie uwagi na wykorzystywanie Internetu przez młodzież do redukowania dyskomfortu psychicznego i regulowania stanów emocjonalnych.

Uzależnienie, szczególnie rozwinięte w młodym wieku, prowadzi do bardzo poważnych konsekwencji psychologicznych, społecznych i zdrowotnych. Uzasadnia to konieczność monitorowania i przeciwdziałania rozwojowi zagrożenia przez wychowawców i pedagogów.

5. Możliwości wykorzystania uzyskanych wyników

Najważniejszym efektem prac prowadzonych w ramach projektu jest Kwestionariusz MAWI. Według wiedzy autorek jest to jedyne narzędzie, które zostało opracowane z dedykacją do badań młodzieży szkolnej, która uczestniczyła w procesie jego tworzenia na każdym etapie: od opracowania założeń po weryfikację własności psychometrycznych. Uwzględnienie perspektywy specjalistów stosujących kwestionariusze w swej pracy z uczniami oraz perspektywy młodzieży, której problem uzależnienia od Internetu i e-czynności potencjalnie dotyczy pozwoliło stworzyć narzędzie optymalne pod względem treści i formy stwierdzeń, a także długości kwestionariusza oraz czasu potrzebnego do zebrania danych i opracowania poszczególnych wskaźników.

Narzędzie to zostało stworzone, by wesprzeć w pracy pedagogów i psychologów szkolnych. Uzyskane wyniki badań wskazują, że Kwestionariusz MAWI jest instrumentem czułym nawet na pojedyncze symptomy zagrożenia e-uzależnieniem. Jego zastosowanie w badaniach grupowych pozwala w prosty i efektywny sposób określić stopień zagrożenia e-uzależnieniem, a także monitorować zmiany zagrożenia e-uzależnieniem (w badaniach prowadzonych nie częściej niż raz w roku). Ponadto, zawarty w Kwestionariuszu MAWI

pomiar determinant i konsekwencji e-uzależnienia może być przydatny do określenia kierunków działań psychoedukacyjnych, niezbędnych w danej grupie uczniów.

Ze względu na swoje własności psychometryczne Kwestionariusz MAWI bez wątpienia może być stosowany w praktyce szkolnej, a także w badaniach naukowych poświęconym uzależnieniom od e-czynności. Na podstawie uzyskanych wyników szczególnie istotne wydaje się poszukiwanie przyczyn napięcia i emocji, potrzeba regulowania których prowadzi do ryzykownego korzystania z sieci przez młodzież. Wyniki badań naukowych poświęconych analizie sytuacji rodzinnej oraz zachowań w Internecie i transmisji pokoleniowej ryzykownych e-czynności mogłyby stanowić dodatkowe wsparcie dla praktyków w ich pracy z uczniami. Istotne wydaje się edukowanie rodziców w zakresie kontroli nad zachowaniami młodzieży w sieci. E-czynności z jednej strony z łatwością mogą być wykonywane poza wiedzą rodziców, a z drugiej strony kontrolowane w sposób polegający na wspólnej aktywności w Internecie mogą sprzyjać powstawaniu zagrożenia e-uzależnieniem.

Zaprezentowane w tym rozdziale wyniki badań pokazują, że problem zagrożenia uzależnieniem od Internetu, e-gier, e-hazardu i e-zakupów jest rzeczywisty i wymaga uwagi oraz zaangażowania osób dorosłych (ustawodawców, wychowawców, opiekunów) w ochronę młodzieży przed tymi zagrożeniami. Jest to szczególnie istotne w przypadku hazardu, którego zagrożenie może wynikać z niewłaściwie przyjętego założenia, że jest to rozrywka dostępna jedynie dla dorosłych. I to na dorosłych spoczywa odpowiedzialność za to, by Internet był dla dzieci i młodzieży źródłem jedynie dobrych doświadczeń.

Bibliografia:

Arnold M.J., Reynolds K.E. (2003). Hedonic shopping motivation. *Journal of Retailing 79,* 77-95.

Augustynek, A. (2010). *Uzależnienia komputerowe. Diagnoza, rozpowszechnienie, terapia*. Warszawa: Difin.

Barnes G.M., Welte J.W., Hoffman J.H., Dintcheff B.A. (2005). Shared predictors of youthful gambling, substance use and delinquency. *Psychology of Addictive Behaviors* 19, 165-174.

Batorski D. (2013). Polacy wobec technologii cyfrowych – uwarunkowania dostępności i sposobów korzystania. W: J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*. *Contemporary Economics. Quarterly of University of Finance and Management in Warsaw* z 7 września 2013, wydanie specjalne, 317-341.

Blinka L., Smahel D. (2011). Addiction to online role-playing games. W: K.S. Young, C.N. de Abreu (red.), *Internet addiction. A handbook and guide to evaluation and treatment*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, s. 73-90.

Burge A.N., Pietrzak R.H., Petry N.M. (2006). Pre/early adolescent onset of gambling and psychosocial problems in treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies* 22 (3), 263-274.

Caplan S.E., Williams D., Yee N. (2009). Problematic Internet use and psychosocial well-being among MMO players. *Computers in Human Behavior* 25, 1312-1319.

Derevensky J. L. (2008). Gambling behaviors and adolescent substance use disorders. W: Y. Kaminer, O. Buckstein (red.), *Adolescent substance abuse: Psychiatric comorbidity and high risk behaviors*. New York: Haworth Press, 403-433.

DSM-V (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (wyd. 5). Washington, DC, London, England: American Psychiatric Publishing.

Felsher J.R., Derevensky J.L., Gupta R. (2004). Lottery playing amongst youth: Implications for prevention and social policy. *Journal of Gambling Studies* 20 (2), 127-154.

Frąckiewicz E. (2011). Aktywność zakupowa klientów w sieci i jej determinanty. W: A. Burlita (red.), *Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą*. Bydgoszcz: Polskie Stowarzyszenie Zarządzania Wiedzą, 5-16.

Giza-Poleszczuk A. (2004). Rodzina i system społeczny. W: M. Marody (red.), *Wymiary życia społecznego. Polska na przełomie XX i XXI wieku.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s.272-301.

Greenfield D.N. (2011). The addictive properties of Internet usage. W: K.S. Young, C.N. de Abreu (red.), *Internet addiction. A handbook and guide to evaluation and treatment*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, 135-153.

Griffiths M.D., Barnes A. (2008). Internet gambling: An online empirical study among student gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction* 6, 194-204.

Griffiths M.D, Parke J., Derevensky J.L. (2011). Remote gambling in adolescence. W: J.L. Derevensky, D.L. Shek, J. Merrick (red.), *Youth gambling. The hidden addiction*. Berlin, Boston: De Gruyter, 125-143.

Griffiths M.D., Parke A., Wood R.T.A., Parke J. (2006). Internet gambling: An overview of psychosocial impacts. *Gaming Research and Review Journal* 27 (1), 27-39.

Gupta R., Derevensky J.L. (1998). Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling. *Journal of Gambling Studies* 14 (4), 319-345.

Gupta R., Derevensky J.L. (2011). Defining and assessing binge gambling. W: J.L. Derevensky, D.L. Shek, J. Merrick (red.), *Youth gambling. The hidden addiction*. Berlin, Boston: De Gruyter, 79-96.

Jacobs D.F. (1989). Illegal and undocumented: A review of teenage gambling and the plight of children of problem gamblers in America. W: H.J. Shaffer, S.A. Stein, B. Gambino, T.N. Cummings (red.), *Compulsive gambling: Theory, research, and practice*. Lexington, MA: Lexington Books, 249-292.

Kessler R.C., Hwang I., LaBrie R.A., Petukhova M., Sampson N.A., Winters K.C., Shaffer H.J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine* 38 (9), 1351-1360.

Ko, C. H., Chen, C. C., Chen, S. H., Yenm C. F. (2005). Proposed diagnostic criteria of Internet addiction for adolescents. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193*, 728-733.

McBride J., Derevensky J.L. (2009). Internet gambling behavior in a sample of online gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction* 7, 149-167.

McQuade S.C., Gentry S.E., Colt J.P. Rogers, M.K. (2012). *Internet addiction and online gaming*. New York: Chelsea House.

Noble S.M., Griffith D.A., Adjei M.T. (2006). Drivers of local merchant loyalty: Understanding the influence of gender and shopping motives. *Journal of Retailing* 82, 177-188.

Ogińska-Bulik. N. (2010). Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość? Warszawa: Difin.

Smeaton M., Griffiths M.D. (2004). Internet gambling and social responsibility: An exploratory study. *CyberPsychology & Behavior* 7, 49-57.

Shulman T.D. (2008). *Bought out and $pent! Recovery from compulsive $hopping and $pending*. Haverford, PA: Infinity Publishing.com.

Styśko-Kunkowska M. Wąsowicz G. (2014). *Uzależnienia od e-czynności wśród młodzieży: diagnoza i determinanty*. Niepublikowany raport z projektu finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Hazardowego.

Vitaro F., Brendgen M., Ladouceur R., Tremblay R.E. (2001). Gambling, delinquency, and drug use during adolescence: Mutual influences and common risk factors. *Journal of Gambling Studies* 17 (3), 171-190.

Volberg A.A., Gupta R., Griffiths M., Olason D.T., Dellfabro P. (2011). An international perspective on youth gambling prevalence studies. W: J.L. Derevensky, D.L. Shek, J. Merrick (red.) *Youth gambling. The hidden addiction*. Berlin, Boston: De Gruyter, 21-56.

Volberg R.A., Hedberg E.C., Moore T.L. (2008). *Oregon youth and their parents: Gambling and problem gambling prevalence and attitudes*. Salem, OR: Oregon Department of Human Services.

Wąsowicz G., Styśko-Kunkowska M. (2014). *Młodzież w Internecie. Zagrożenie uzależnieniem. Podręcznik do Kwestionariusza MAWI*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

Winters K.C., Anderson N. (2000). Gambling involvement and drug use among adolescents. *Journal of Gambling Studies* 16 (2), 175-198.
Wood R.T.A., Griffiths M., Parke J. (2007). The acquisition, development, and maintenance of online poker playing in a student sample. *CyberPsychology and Behavior* 10, 354-361.
Woronowicz B.T. (2009). *Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia*. Poznań: Media Rodzina.
Young, K. S. (1998). Internet addiction: The emergence of new clinical disorder. *CyberPsychology & Behavior, 1(3),* 237-244.

Źródła internetowe:

Jestem.mobi/2014, http://jestem.mobi/2014/02/smartfonizacja-w-polsce-2014-najwazniejsze-liczby-infografika/ [dostęp: 01.11.2014].

Aneks:

Tabela 1. Stopień zagrożenia e-uzależnieniem w pomiarze Wskaźnikiem SWZ w grupach osób niepodejmujących i podejmujących e-czynności (n = 703)

Kategoria e-czynności	e-czynność	Aktywność	n	M	SD	Średnia ranga	U	p
Gry online	Gry typu single-player	Nieaktywni	298	6,19	4,57	309,15	47575,5	,0001
		Aktywni	400	7,75	4,70	379,56		
	Gry typu multi-player	Nieaktywni	188	5,97	4,43	301,90	38991,0	,0001
		Aktywni	514	7,52	4,76	369,64		
Hazard online	Obstawianie zakładów sportowych	Nieaktywni	603	6,77	4,61	338,40	21951,0	,0001
		Aktywni	100	9,09	4,95	433,99		
	Gry typu kasyno, automaty na żetony/pieniądze	Nieaktywni	628	6,83	4,66	340,68	16443,5	,0001
		Aktywni	75	9,34	4,71	446,75		
Zakupy online	Samodzielne zakupy gier i akcesoriów do gier	Nieaktywni	482	6,31	4,48	317,98	36865,5	,0001
		Aktywni	221	8,81	4,80	426,19		
	Sprzedaż/wymiana rzeczy na portalach aukcyjnych	Nieaktywni	518	6,75	4,68	335,05	39136,0	,0001
		Aktywni	183	8,11	4,70	396,14		

Tabela 2. Konsekwencje społeczne i zdrowotne podejmowania e-czynności w grupie osób uznanych za zagrożone uzależnieniem od Internetu na podstawie Wskaźnika I (n = 703)

Rodzaj konsekwencji	e-czynność	Aktywność	n	M	SD	Średnia ranga	U	p
Samopoczucie w klasie	Samodzielne zakupy gier i akcesoriów do gier	Nieaktywni	484	3,98	,99	341,25	5,35	,021
		Aktywni	220	4,15	,96	377,25		
Aktualny stan zdrowia	Gry typu single-player	Nieaktywni	300	4,02	,91	333,95	4,51	,034
		Aktywni	402	4,14	,91	364,59		
Pogorszenie stanu zdrowia	Gry typu kasyno, automaty na żetony/pieniądze	Nieaktywni	633	1,04	1,04	317,98	3,08	,079
		Aktywni	75	1,29	1,14	426,19		

Tabela 3. Konsekwencje zdrowotne zmiany intensywności grania *online* przez młodzież

Rodzaj konsekwencji	e-czynność	Aktywność	n	M	SD	Średnia ranga	U	p
Aktualny stan zdrowia	Gry typu single-player	Mniejsza	234	4,03	,92	215,90	4,35	,037
		Taka sama i większa	220	4,21	,82	239,84		
Pogorszenie stanu zdrowia	Gry typu single-player	Mniejsza	234	1,15	1,05	239,60	4,18	,041
		Taka sama i większa	220	,99	1,15	214,63		
	Gry typu multi-player	Mniejsza	265	1,11	1,09	290,71	3,26	,071
		Taka sama i większa	290	,96	1,09	266,38		

Zofia Mielecka-Kubień

Wybrane metody badania wpływu kasyn na sytuację ekonomiczno-społeczną lokalnych społeczności

Abstract

Selected methods of examining the impact of casinos on economic and social situation of local communities

The article discusses some methods of study on the impact of casinos existing in the region on the economic and social situation of the population inhabiting this area. The authors underlined the possibility of both positive and negative effects of the existence of casino, as well as the ability and the need for application of statistic and econometric methods of assessment their size. In more detail the authors discussed how to assess the impact of casinos on employment, bankruptcy and crime in their surroundings. Described methods may be applied in practice, which is even more important as the number of casinos in Poland is rapidly increasing in recent years.

1. Uzasadnienie badań dotyczących wpływu kasyn gry na sytuację ekonomiczno-społeczną lokalnych społeczności

Regulacje dotyczące gier hazardowych w Polsce zawarte są w ustawie z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych (Dz. U. Nr 201, poz. 1540, z późn. zm.), która obowiązuje od dnia 1 stycznia 2010 r. Ustawa określa warunki urządzania i zasady prowadzenia działalności w zakresie gier losowych, zakładów wzajemnych i gier na automatach. W przepisach cytowanej ustawy zawarto definicje oraz katalog gier hazardowych. Grami hazardowymi (Skowronek, 2012, s.27) *...w świetle ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych ... są gry o wygrane pieniężne lub rzeczowe, których wynik w szczególności zależy od przypadku, a warunki określa regulamin (art. 2 ust. 1 ugh)*.

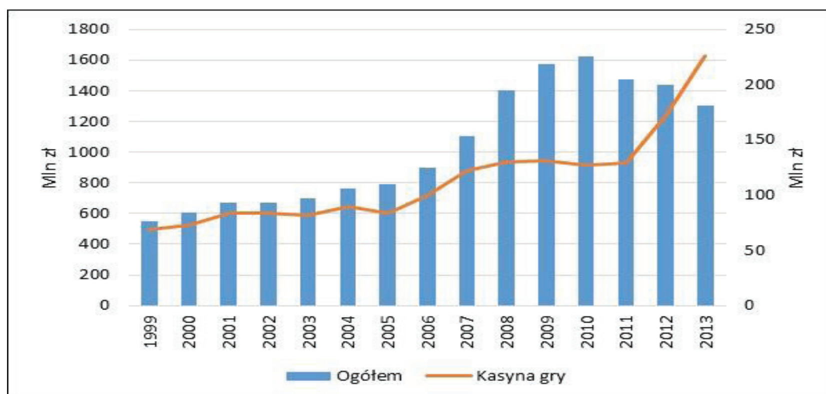
Hazard patologiczny należy do uzależnień behawioralnych (kod ICD10: F63.0) i powoduje wiele negatywnych skutków dla osoby grającej i jej otoczenia (rodziny, pracodawcy), dla lokalnych społeczności, miejsc, gdzie uprawiany jest hazard, a także dla budżetu państwa i całego społeczeństwa (skutki społeczne).

Z drugiej strony przemysł hazardowy jest źródłem wpływów do budżetu państwa – dochody z tytułu podatku od gier losowych i zakładów wzajemnych w latach 1999-2010 rosły w szybkim tempie (Rys.1), w latach następnych można natomiast odnotować ich spadek – w roku 2013 w porównaniu z rokiem poprzednim o 9,6%.

Dane te nie obejmują jednak rynku hazardowego umiejscowionego w szarej strefie, co dotyczy głównie hazardu internetowego (*e-hazardu*), który jest według polskiego prawa nielegalny (z wyjątkiem gier i zakładów wzajemnych objętych specjalnymi zezwoleniami), wobec czego nie może też zostać opodatkowany. Drugim ważnym składnikiem szarej strefy są niezarejestrowane automaty o niskich wygranych, które do tej pory nielegalnie funkcjonują w wielu salonach gier, pubach i barach.

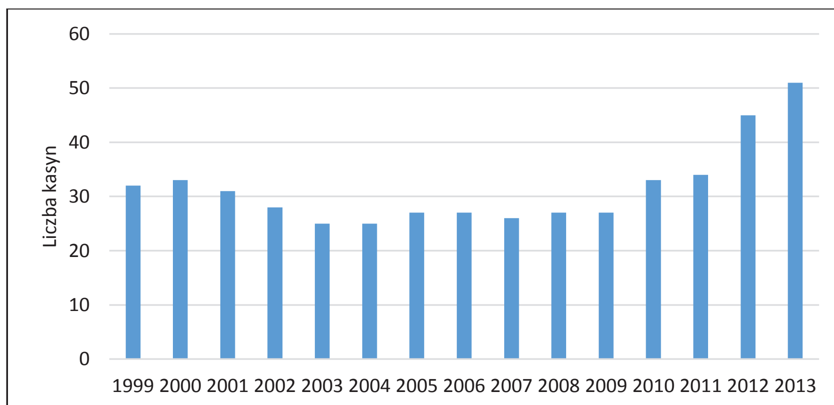
W niektórych dziedzinach legalnego hazardu można także w ostatnich latach zauważyć wzrost dochodów budżetowych z tytułu ich opodatkowania, co świadczy o ich dobrej kondycji finansowej; dotyczy to m.in. kasyn gry (Rys.1), których liczba rośnie w ostatnich latach (Rys. 2) – według danych Ministerstwa Finansów w roku 2013 było ich 51, a więc liczba legalnie działających kasyn gry, w porównaniu do roku 2009 wzrosła o 24.

Rys.1. Dochody budżetowe z tytułu podatku od gier losowych i zakładów wzajemnych w latach 1999-2013



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Finansów

Rys.2. Liczba kasyn gry w Polsce w latach 1999-2013



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Finansów

Jak wspomniano wyżej, hazard patologiczny powoduje wiele negatywnych konsekwencji, ale przynosi także określone korzyści finansowe (por. Eadington, 2003; Collins, Lapsley, 2003) – nie tylko dla budżetu państwa (w formie podatków), lecz także dla lokalnych społeczności – miejsc, gdzie jest uprawiany i przedsiębiorców zaangażowanych w taką działalność. Tak więc, z punktu widzenia polityki społecznej danego kraju jest rzeczą pożądaną oszacowanie wielkości zarówno kosztów i strat spowodowanych hazardem problemowym i patologicznym, jak również korzyści płynących z istnienia legalnego hazardu.

W zależności od tego, kogo dotyczą skutki uprawiania hazardu problemowego i patologicznego, stosowane są różne metody ich oceny. Dla badania skutków dla osoby grającej i jej rodziny najczęściej stosowaną metodą są badania sondażowe, których wyniki mogą następnie zostać wykorzystane do szacunków na innych poziomach agregacji. W Polsce badanie skutków uprawiania hazardu dla osoby grającej i jej rodziny przeprowadzono pod kierownictwem naukowym autorki (por. Mielecka-Kubień i in., 2013; Mielecka-Kubień i in., 2015; Mielecka-Kubień, 2014; Mielecka-Kubień, 2015).

Obecnie zostaną omówione wybrane metody badania skutków uprawiania hazardu dla lokalnych społeczności w miejscach, gdzie uprawiany jest hazard. Problem ten dotyczy przede wszystkim kasyn, a celem badania jest określenie korzyści i strat wynikających z istnienia kasyna na danym terenie. Wobec szybko w ostatnim czasie rosnącej liczby kasyn w Polsce jest to temat aktualny, a opisane metody mogą okazać się przydatne w praktyce.

2. Metoda badania

Praca, której wybrane fragmenty przedstawiono niżej, została wykonana przez autorkę w ramach zadania 1 Ministra Zdrowia pt.: *Dokonanie przeglądu aktualnego stanu światowej wiedzy naukowej dotyczącej uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego i patologicznego.* Nazwa własna zadania to: *Dokonanie przeglądu aktualnego stanu światowej wiedzy naukowej dotyczącej metod oceny wielkości skutków i kosztów uzależnień od hazardu problemowego i patologicznego.* Szczegółowy opis wyników badania można znaleźć w raporcie podsumowującym przeprowadzone analizy (Mielecka-Kubień, 2012).

Przeszukano następujące bazy bibliograficzne: OFCDI Library, SCOPUS, ISTOR, EBSCO, Emerald Management Plus, Emerging Markets, GMID oraz zasoby internetowe (hasła: *estimation of cost of gambling, social cost of gambling, private cost of gambling,*

gambling and crime, casino costs i podobne), a także 10 bibliografii zbiorczych; ogółem analiza powstała w oparciu o 129 pozycji (artykułów, raportów z badań i książek).

3. Wyniki badania

Wiele badań dotyczących wartościowej oceny kosztów i zysków wynikających z powstania kasyna prowadzono w Stanach Zjednoczonych od połowy lat 90., decyzja o powstaniu kasyna na określonym terenie powinna być bowiem poprzedzona oceną kosztów i zysków z tego tytułu wynikających – w szczególności dla lokalnych społeczności.

Korzyści i straty wynikające z istnienia kasyn. Korzyściami wynikającymi z powstania kasyn mogą być m.in (McGowan, 2012, s.8): dochody z podatków, wzrost zatrudnienia, wpływ na rozwój danego regionu (budowanie hoteli, restauracji itp.) oraz zysk konsumenta (*consumer benefit, consumer surplus*) rozumiany tu jako zadowolenie konsumentów z poszerzonych możliwości wyboru sposobu rozrywki[1]. Do negatywnych stron istnienia kasyn gry na danym terenie można natomiast zaliczyć m.in.: wzrost przestępczości w ich sąsiedztwie, wzrost sprzedaży alkoholu, liczby rozwodów, bankructw i samobójstw.

Wyniki badań dotyczące strefy wpływu kasyna. Zakres badań nad wpływem kasyn na lokalne społeczności i sposoby ich prowadzenia są w dużej mierze uwarunkowane dostępnością danych statystycznych (Walker 2003). W przypadku oceny wpływu kasyn na lokalną społeczność ważnym zagadnieniem staje się określenie przestrzennej strefy wpływu kasyna. W pracy (Hill, 2007), wzorując się na przeprowadzonym przez Uniwersytet w Chicago w roku 1999 badaniu *National Opinion Research Center (NORC)*, uznano, że strefa wpływu kasyna na okolicę ogranicza się do koła o promieniu 50 mil (tj. około 80,5 km). W pracy (Grinols, 2007) określono natomiast interesujący związek pomiędzy odległością od kasyna a udziałem w populacji hazardzistów proszących o dobrowolne wykluczenie spośród graczy kasyna (tzw. *program VEP*); wykorzystano tu model Pareto:

$$y = \alpha d^{-\beta} \quad (1)$$

[1]Zakłada się przy tym, że wybory konsumentów są racjonalne i odpowiadają ich preferencjom.

gdzie:

y – udział w populacji hazardzistów proszących o dobrowolne wykluczenie spośród graczy kasyna,

d – odległość od kasyna,

α, β – parametry modelu.

Wyniki badania jednoznacznie wskazywały na to, że im bliższa odległość dzieliła miejsce zamieszkania hazardzistów proszących o dobrowolne wykluczenie spośród graczy kasyna od kasyna, tym wyższy był ich udział w populacji. Uznając, że omawiany udział hazardzistów zależy od liczby patologicznych hazardzistów mieszkających w określonych odległościach od kasyna można wnioskować, że najwięcej hazardzistów pochodziło z ich najbliższej okolicy, a liczba ta malała w miarę wzrostu odległości. Oznacza to, że siła oddziaływania kasyn jest prawdopodobnie w istotny sposób związana z odległością od kasyna.

Wyniki badań porównujących obszary bez kasyn i z kasynami. Dla oszacowania poziomu pozytywnych i negatywnych skutków istnienia kasyn na danym terenie często rozważa się hipotetyczne sytuacje (*co by było, gdyby*); porównuje się wtedy sytuację rzeczywistą do takiej, jaka by prawdopodobnie zaistniała, gdyby kasyna na danym terenie nie było.

Można tu rozróżnić dwa zasadnicze podejścia – w pierwszym z nich porównuje się sytuację okręgów (w Stanach Zjednoczonych są to na ogół okręgi administracyjne *counties*), gdzie kasyna funkcjonują z grupą kontrolną okręgów, gdzie ich nie ma. Główną trudnością w tych badaniach jest określenie grupy kontrolnej okręgów administracyjnych. Różnice między nimi dotyczą bowiem nie tylko faktu istnienia kasyna, lecz także wielu innych czynników zakłócających obserwowane relacje (np. liczby turystów, która wpływa na liczbę przestępstw na danym terenie).

Przykładowo, w pracy (Nichols, Stitt, Giacopassi, 2004), w której przedstawiono wyniki badania wpływu kasyn na liczbę samobójstw i rozwodów, podobieństwo potrzebnych dwóch grup okręgów badano pod względem 15 charakterystyk. Brano tam pod uwagę: procent ludności w wieku (15-34), liczebność populacji, medianę rozkładu dochodów gospodarstw domowych, stopę bezrobocia, procent ludności czarnoskórej, procent ludności latynoskiej, procent ludności indiańskiej, mieszkańców wysp Aleuckich, Eskimosów, procent ludności ubogiej, procent mieszkańców, którzy nie ukończyli szkoły średniej, procent

wynajmowanych lokali mieszkalnych, procent zespołów liczących 3 lub więcej lokali mieszkalnych, migrację netto, procent ludności miejskiej, gęstość zaludnienia, współczynnik Giniego koncentracji dochodów ludności[2]. W wyborze okręgów do grupy kontrolnej wykorzystano taksonomiczną metodę *k*-średnich[3], pozwalającą na zidentyfikowanie obiektów (tu okręgów) podobnych do siebie w świetle ich wielowymiarowej charakterystyki, a następnie dokonano uporządkowania okręgów z grupy kontrolnej ze względu na stopień ich podobieństwa do okręgów, w których były kasyna.

Dobrym przykładem omawianego podejścia pierwszego jest praca (Hill, 2007), gdzie badano wpływ kasyn (głównie indiańskich) na lokalne społeczności w stanie Michigan (Stany Zjednoczone). Autorzy tego badania szczególnie starannie przygotowali stronę metodologiczną badania. Na podstawie studiów literaturowych przygotowano bazę danych złożoną z przekrojowo-czasowych danych statystycznych dla zmiennych charakteryzujących ekonomiczne i społeczne skutki istnienia kasyna na danym terenie. Badanie prowadzono metodą porównań okręgów, gdzie są kasyna i tych, gdzie ich nie ma.

Zastosowano tu proste metody opisu statystycznego (przyrosty bezwzględne i względne, histogramy), a w końcowej części raportu przyczynowo-opisowe liniowe modele ekonometryczne. Ponieważ kasyna indiańskie w tym stanie zlokalizowane były głównie na terenach wiejskich, z badania wykluczono okręgi o charakterze miejskim oraz kasyna na takich terenach położone. Aby zapewnić wysoką jakość danych statystycznych, jeśli tylko było to możliwe, wykorzystywano oficjalne statystyki. Zbierano dane począwszy od roku 1993, tj. od roku, kiedy stwierdzono istnienie wpływu kasyn gry na lokalne społeczności.

W przypadku możliwych skutków ekonomicznych brano pod uwagę wpływ kasyn na: liczbę nowych przedsiębiorstw, w tym przedsiębiorstw budowlanych oraz liczbę przedsiębiorstw o charakterze rozrywkowym, na liczbę punktów usług konsumpcyjnych (jedzenie i picie), związanych z zakwaterowaniem (hotele, itp.) a także na liczbę bankructw indywidualnych i bankructw firm. Uwzględniono także wpływ kasyn na zatrudnienie i płace, na wartość nieruchomości i na sprzedaż losów na loterii państwowej.

W przypadku możliwych skutków społecznych brano pod uwagę wpływ kasyn gry na wzrost liczby niektórych przestępstw, na wzrost liczebności populacji i natężenia ruchu drogowego, zmiany w poziomie wykształcenia lokalnej ludności, sprzedaż alkoholu, liczbę rozwodów i samobójstw.

---

[2] Współczynnik koncentracji Giniego jest opisany np. w (Kot, 1999).
[3] Opis metody *k*-średnich można znaleźć przykładowo w (Zeliaś, Grabiński, Wydmus 1989).

Rezultaty badań bazujących na metodach statystyki i ekonometrii. Coraz częściej wykorzystywanymi narzędziami w badaniu skutków hazardu problemowego i patologicznego, także w przypadku oceny wpływu kasyn na sytuację lokalnej społeczności są metody statystyki i ekonometrii.

Drugie podejście badania wpływu kasyn na sytuację ekonomiczną i społeczną lokalnych społeczności oparte jest na modelowaniu ekonometrycznym. Stosując metody ekonometrii, na podstawie oszacowanych modeli podejmuje się próby porównania sytuacji rzeczywistej z prognozami skonstruowanymi przy założeniu, że na danym terenie kasyn nie ma.

Przykładem jest przedstawione w artykule Garreta (2004) badanie wpływu powstania kasyna gry na wzrost zatrudnienia na pobliskim terenie. Badanie to oparto o porównanie sytuacji w zatrudnieniu przed powstaniem kasyna i później, wykorzystując metodę prognozowania zatrudnienia na podstawie modelu ekonometrycznego.

Podstawą badania były skorygowane ze względu na sezonowość miesięczne dane statystyczne o liczbie zatrudnionych w danym okręgu, pochodzące *U.S.Bureau of Labor Statistics*. Oficjalne dane dotyczące zatrudnienia zostały uzupełnione o miesięczne dane o zatrudnieniu, których źródłem było badanie budżetów gospodarstw domowych, oraz danymi o zatrudnieniu w firmach (na podstawie list płac). Zastosowano jedną z nowoczesnych metod analizy szeregów czasowych tj. model ARIMA (*p,d,g*) – autoregresyjny (*p*) zintegrowany (*d*) proces średniej ruchomej (*q*), stosowany w przypadku procesów stochastycznych niestacjonarnych w zakresie wariancji. Zapis ARIMA (*p,d,q*) oznacza, że po obliczeniu różnic wartości szeregu czasowego rzędu *d* otrzymuje się proces stacjonarny ARMA (*p,q*), co w praktyce umożliwia ekonometryczną analizę tego procesu i prognozowanie jego wartości (Osińska, 2007; Maddala, 2006; Box, Jenkins, 1983). W omawianym badaniu zastosowano (Garret, 2004, s. 14) następującą formułę procesu ARIMA (*p,d,q*):

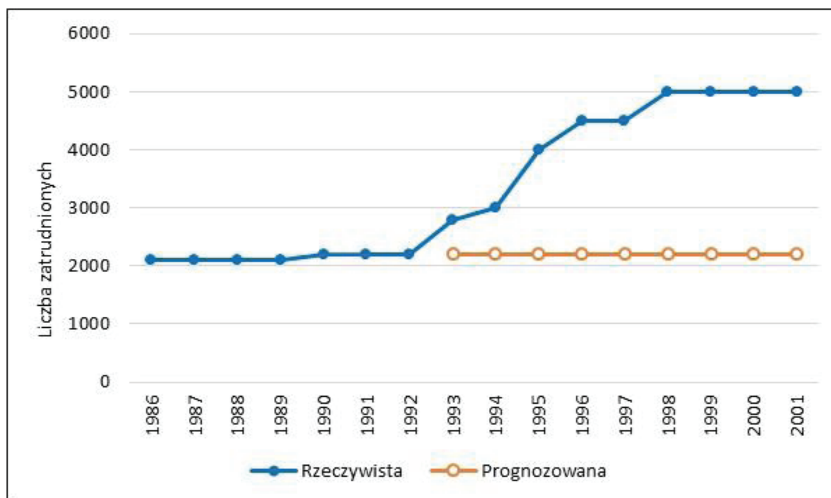
$$x(t) = \gamma + \alpha_1 x(t-1) + \ldots + \alpha_p x(t-p) + e(t) + \beta_1 e(t-1) + \ldots + \beta_q e(t-q) \qquad (2)$$

gdzie:

- x – oznacza liczbę zatrudnionych w okręgu,
- p – rząd modelu autoregresyjnego,
- $e(t)$ – składnik losowy modelu,
- q – rząd modelu średniej ruchomej.

Przykładowy wynik tego postępowania przedstawiono poniżej (Rys. 3):

Rys. 3. Schemat badania wpływu powstania kasyna na wzrost zatrudnienia w okręgu Tunica



Źródło: Opracowanie własne na podstawie artykułu Garreta (2004, s. 4)

Biorąc pod uwagę, że pierwsze kasyno powstało w okręgu Tunica w połowie 1993 roku, można uznać, iż fakt ten wpłynął na wzrost zatrudnienia w okręgu (korzyść).

W podobny sposób można badać wpływ powstania kasyna na zmiany infrastruktury na określonym terenie (por. np. Hill, 2007).

Wyniki badań bazujące na danych dotyczących bankructw. Przedmiotem rozważań na temat kosztów patologicznego hazardu w kontekście kasyn są często bankructwa pojedynczych osób lub firm. Jednym z powodów są tu zapewne łatwo dostępne (w Stanach Zjednoczonych) dane statystyczne. Warto podkreślić, że bankructwo indywidualne (także hazardzisty) dotyka nie tylko jego samego, lecz także osoby z jego otoczenia, co należy uwzględnić w rachunku kosztów i zysków. Drogą porównań okręgów, w których były kasyna, z okręgami, w których były plemienne (indiańskie) kasyna oraz takimi, w których kasyn nie było, E. P. Goss i E. A. Morse (2004) otrzymali następujące współczynniki, obrazujące liczbę indywidualnych bankructw w roku 1999 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców (Tab.1):

Tabela 1. Liczba indywidualnych bankructw w roku 1999 w przeliczeniu na 1000 mieszkańców w okręgach (Stany Zjednoczone)

Okręgi, w których:	są kasyna	są indiańskie kasyna	nie ma kasyn
Liczba indywidualnych bankructw na 1000 mieszkańców:	5,83	4,29	3,82

Źródło: Opracowanie własne na podstawie opracowania zawartego w publikacji Gossa i Morse`a (2004, s. 1)

Można przypuszczać, iż nadwyżka stopy bankructw indywidualnych w tych okręgach, gdzie są kasyna w porównaniu do okręgów, gdzie ich nie ma, wynika z bankructwa hazardzistów. Jest zresztą rzeczą dyskusyjną, czy bankructwa hazardzistów można zaliczać do kosztów społecznych, czy też kosztów ponoszonych przez lokalną społeczność – zdaniem autorki są to koszty (czy raczej straty) indywidualne.

W pracy Gossa i Morse`a (2004) oprócz prostego opisu statystycznego (Tab. 1) dokonano także oceny wpływu kasyn na stopę bankructw indywidualnych (rozumianej jako liczba bankructw na 1000 mieszkańców) oraz stopę bankructw firm (na 1000 firm) w okręgach Stanów Zjednoczonych wykorzystując przyczynowo-opisowe modele ekonometryczne.

Dla każdego okręgu, w którym były kasyna znaleziono odpowiednik, tj. okręg podobny pod względem: liczby ludności, gęstości zaludnienia, obwodu spisowego i średniego dochodu rodziny; jak stwierdzono, nie zaobserwowano znaczących różnic pomiędzy okręgami, gdzie były kasyna i ich odpowiednikami, gdzie takich kasyn nie było.
Oszacowano dwa liniowe modele ekonometryczne o postaci (ibid., s. 15 i dalsze):

$$\Delta IndBnk = \beta_0 + \beta_1\, Mountain + \beta_2 Southeast + \beta_3\, Southwest + \beta_4 West + \beta_5\, Westnorthcentral + \beta_6 \Delta Pop + \beta_7\, \Delta unemprate + \beta_8 \Delta Povrate + \beta_9 \Delta FamInc + \beta_{10}\, AdCasino + \varepsilon\ (1) \quad (3)$$

$$\Delta BusBnk = \beta_0 + \beta_1 Mountain + \beta_2 Southeast + \beta_3\, Southwest + \beta_4 West + \beta_5\, Westnorthcentral + \beta_6 \Delta Pop + \beta_7\, \Delta unemprate + \beta_8 \Delta Povrate + \beta_9 \Delta FamInc + \beta_{10}\, AdCasino + \varepsilon\ (2) \quad (4)$$

gdzie:

- $\Delta indBnk$ – oznacza zmiany indywidualnej stopy bankructw w latach 1990-1999, [zmienna endogeniczna równania (3)]
- $\Delta busBnk$ – oznacza zmiany stopy bankructw firm w latach 1990-1999, [zmienna endogeniczna równania (4)]

- *Mountain* – oznacza zmienną zero-jedynkową przybierającą wartość 1, gdy dane okręg był położone w górach, 0 – w innym przypadku,
- *Southeast, Southwest, West, Westnorthcentral* – odpowiednio zmienne zero-jedynkowe przybierające wartość 1, gdy dane okręg był położone na południowym wschodzie, południowym zachodzie, zachodzie lub w części północno-zachodnio-centralnej kraju, 0 – w innym przypadku,
- *Δpop* – przyrost liczby ludności w latach 1990-2000,
- *Δunemprate* – przyrost stopy bezrobocia,
- *Povrate* – stopę ubóstwa,
- *FamInc* – średni dochód rodziny,
- *AdCasino* – zmienną zero-jedynkową przybierająca wartość 1, gdy w okręgu pierwsze kasyno powstało w latach 1990-2000.

W wyniku analizy stwierdzono, że indywidualna stopa bankructw w okręgach, gdzie były legalne kasyna była o 100% wyższa niż w okręgach-odpowiednikach, gdzie takich kasyn nie było. Z drugiej jednak strony w okręgach z kasynami stopa bankructw firm była o 35,4% niższa niż w okręgach, gdzie nie było kasyn.

Wyniki badań odnoszące się do przestępczości. Osobnego omówienia wymaga badanie wpływu ośrodków uprawiania hazardu, a przede wszystkim kasyn gry na wzrost przestępczości na otaczającym je terenie, jak wskazuje bowiem L. Wilk (2012, s. 95) *....hazard jest w znacznej mierze jednym z przejawów tzw. „życia nocnego", z wszelkimi znanymi zagrożeniami, jakie ono niesie, nie tylko chodzi tu np. o ataki czy rozboje na klientach odchodzących z gry, którym udało się wygrać, w szczególności bowiem chodzi głównie o penetrację ze strony zorganizowanej przestępczości*.

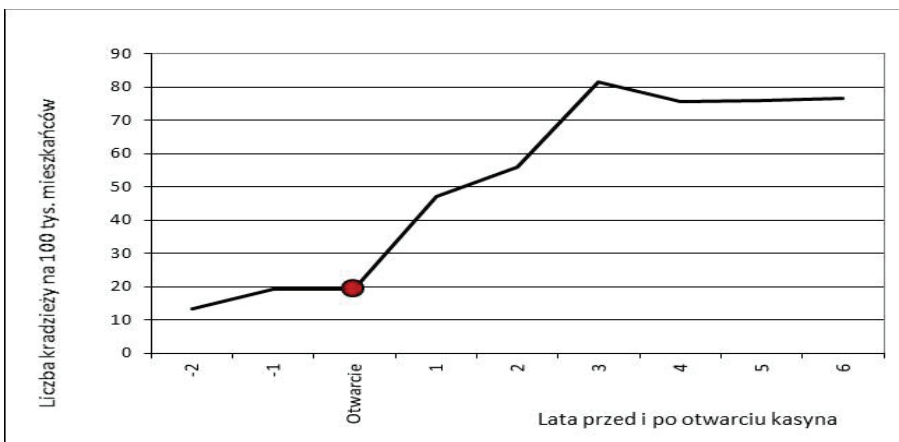
Badania dotyczące wpływu powstania ośrodków uprawiania hazardu (a w szczególności kasyn) na przestępczość i związane z nią koszty są dość liczne (np. Giacopassi i in., 2000; Stitt i in., 2003; Evan, Topoleski, 2002). W niektórych z nich (np. Thompson i in., 1996; Grinols i in., 2006) stwierdzono istnienie takiego wpływu. W innych stwierdza się, że o ile kasyna stwarzają sprzyjające warunki do wzrostu przestępczości, to niekoniecznie taki wzrost musi nastąpić (Stitt i in., 2003).

W badaniach uwzględnia się na ogół następujące rodzaje przestępstw: defraudacje, oszustwa i fałszerstwa, kradzieże, ogólną liczbę przestępstw nieujętych w oficjalnych statystykach, handel narkotykami, jazdę samochodem pod wpływem alkoholu i narkotyków, prostytucję, wandalizm, kradzieże samochodów oraz molestowanie dzieci.

Istnienie przestępczości na danym terenie powoduje powstanie kosztów utrzymania i pracy policji oraz wymiaru sprawiedliwości w zakresie, który można przypisać wpływowi kasyn, koszty te są często włączane do społecznych kosztów hazardu.

Ocenę wielkości wpływu kasyna na zmiany w przestępczości na danym terenie, a następnie na koszty z tym zjawiskiem związane można uzyskać porównując poziom przestępczości na terenach, gdzie są kasyna i w tych miejscach, gdzie ich nie ma (podejście pierwsze). Sposób ten zastosowano np. w badaniach prowadzonych przez Grinoldsa i Mustarda (2006), którzy stwierdzili, że choć w latach 1990-1996 nastąpił w kraju spadek przestępczości, to był on o wiele mniejszy w tych okręgach, w których znajdowały się kasyna. Porównując natomiast poziom przestępczości w okręgach przed powstaniem kasyna i po jego powstaniu ocenili oni, że wpływ powstania kasyn na wzrost przestępczości na danym terenie zaznacza się z 2-3 letnim opóźnieniem (Rys. 4). W 19 spośród zbadanych okręgów stwierdzono istotny, silny, dodatni związek korelacyjny pomiędzy istnieniem kasyn a przestępczością, a w dalszych 15 – związek istotny, choć słabszy.

Rys. 4. Liczba kradzieży w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców przed i po otwarciu kasyna w okręgach, gdzie są kasyna (bez Florydy w latach 1988 i 1996)



Źródło: opracowanie własne na podstawie publikacji Grinoldsa i Mustarda (2006, s. 6)

We wspomnianej pracy zastosowano także liniowe modele ekonometryczne do oceny wielkości wpływu kasyn na przestępczość oraz oceny opóźnienia czasowego pomiędzy powstaniem kasyna a wzrostem przestępczości.

Autorzy zwracają przy tym uwagę na fakt, że jeśli powstanie kasyna w danej okolicy wpływa na wzrost zarobków i możliwości rozwoju regionu (co może skutkować np. wzrostem

zatrudnienia), w efekcie może spowodować także zmniejszenie przestępczości w danym regionie. Sytuację taką opisano w kilku pozycjach (np. Grogger, 1997; Gould i in., 2002).

Istnienie kasyn może wpływać na wzrost przestępczości w sposób bezpośredni (prostytucja i wzrost nielegalnej działalności związanej z hazardem) i pośredni (poprzez wzrost liczby patologicznych hazardzistów). W omawianej pracy Greynoldsa i Mustarda (2006) rozróżniono efekty bezpośrednie i pośrednie, jakie wywierają kasyna na przestępczość na danym terenie.

Punktem wyjścia był liniowy model ekonometryczny o postaci (ibid., s. 34):

$$C_{it} = \alpha Casino_{it} + bV_{it} + Other_{it} \quad (5)$$

$$V_{it} = cAttractions_i + dCasino_{it} \quad (6)$$

gdzie:

- C_{it} – liczba przestępstw w okręgu *i* w roku *t*,
- *Casino* – zmienna zero-jedynkowa, przybierająca wartość 1, gdy w okręgu są kasyna, 0 w innych przypadkach,
- V_{it} – liczba osób odwiedzających kasyna,
- *Other* – inne czynniki wpływające na przestępczość,
- *Attractions* – stopień atrakcyjności okręgu.

Tak więc założono, że liczba przestępstw w okręgu zależy od tego, czy są w nim kasyna, od liczby osób odwiedzających kasyna i innych czynników. Z kolei liczba osób odwiedzających kasyna zależy od atrakcyjności danego okręgu i od tego, czy w okręgu są kasyna.

Współczynnik α w modelu (5) jest miernikiem bezpośredniego wpływu kasyn na przestępczość, podczas gdy współczynniki *b* i *d* mierzą wpływ w sposób pośredni (poprzez liczbę osób odwiedzających kasyna V_{it}). Podstawiając równanie (6) do (5) otrzymuje się (ibid., s. 34):

$$C_{it} = \beta_i + \delta Casino_{it} + Other_{it} \quad (7)$$

gdzie: $\delta = \alpha + bd$ a $\beta_i = bcAttractions_i$.

Parametr δ określa więc całkowity (tj. bezpośredni i pośredni) wpływ kasyn na przestępczość na danym terenie. Na podstawie oszacowanych modeli stwierdzono, że kasyna znacząco wpływają na wzrost przestępczości w badanych okręgach, a w szczególności na wzrost liczby: napaści, gwałtów, kradzieży i kradzieży samochodów.

W przypadku przestępstw związanych z utratą własności, autorzy, korzystając z dostępnych danych o przeciętnych stratach związanych z: rabunkiem, kradzieżą, włamaniem i kradzieżą samochodów, oszacowali tę część kosztów związanych z tymi przestępstwami, którą można przypisać istnieniu kasyna w danym regionie.

Do stwierdzenia, czy powstanie kasyna wpływa na wzrost przestępczości na danym terenie w pracy Hakima i Bucka (1989) wykorzystano także przyczynowo-opisowe modele ekonometryczne (Tab. 2). Modelowanie ekonometryczne zostało poprzedzone prostą analizą statystyczną (oszacowano podstawowe charakterystyki opisowe rozkładu oraz przeprowadzono analizę korelacji). W okresie po powstaniu kasyna stwierdzono największy przyrost liczby brutalnych zbrodni (*violent crimes*) oraz kradzieży samochodów, w najmniejszym stopniu wzrosła liczba włamań. Zwiększona liczba funkcjonariuszy policji wpływała na spadek przestępczości, podczas, gdy stopa bezrobocia – na jej wzrost.

Tabela 2. Zmienne endogeniczne i objaśniające zastosowane w (Hakim, Buck, 1989)

ZMIENNE ENDOGENICZNE:	ZMIENNE OBJAŚNIAJĄCE:
Liczba włamań	Czas dojazdu do kasyna
Liczba kradzieży	Stopa bezrobocia
Liczba kradzieży samochodów	Wartość nieruchomości w *i*-tym okręgu
Liczba rozbojów (*robbery*)	Liczba policjantów w komisariacie w *i*-tym okręgu
Liczba brutalnych (*violent*) zbrodni na 100 tys. mieszkańców	Zmienna zero-jedynkowa przybierająca wartość 0 do roku powstania kasyna (1978), 1 – po roku 1978
Ogólna liczba przestępstw na 100 tys. mieszkańców	

Źródło: opracowanie własne na podstawie publikacji Hakima i Bucka (1989, s. 414)

Obszerne omówienie problemów związanych z oceną wpływu kasyn na przestępczość i osiągniętych w takich badaniach rezultatów można znaleźć w pracy Rose`a i współpracowników (1998).

Modelowanie ekonometryczne zastosowano także w analizach prowadzonych przez Cottiego i Walkera (2010) dla oszacowania wpływu kasyn na liczbę śmiertelnych wypadków drogowych, do których doszło pod wpływem alkoholu.

Posłużono się następującym modelem ekonometrycznym (ibid., s. 4):

$$ARFA_{ct} = \alpha_c + \tau_t + \beta_1 C_{ct} + \beta_2 P_{ct} + \beta_3 CP_{ct} + \gamma' X_{ct} + \varepsilon_{ct} \tag{8}$$

gdzie:

- subskrypt c oznacza okręgi, a t – lata
- ARFA oznacza liczbę śmiertelnych wypadków drogowych, do których doszło pod wpływem alkoholu,
- α_c i τ_t – odpowiednio wpływ przestrzenny i czasowy (*fixed effect*),
- C – zmienna zero-jedynkową, przybierająca wartość 1 jeśli w okręgu są kasyna gry,
- P – logarytm liczebności populacji,
- CP – interakcję między powyższymi zmiennymi,
- X – jest wektorem zmiennych dodatkowych,
- e – składnik losowy modelu.

Przeprowadzone badanie potwierdziło wpływ kasyn na wzrost w ich okolicy liczby śmiertelnych wypadków drogowych zachodzących pod wpływem alkoholu.

4. Wnioski wynikające z przeprowadzonych badań

Wniosek 1.: Z przeprowadzonej analizy publikacji dotyczących metod i wyników szacowania wpływu kasyn na ekonomiczno-społeczną sytuację społeczności lokalnych wynika przede wszystkim konkluzja, że wpływ taki niewątpliwie istnieje.

Wniosek 2.: Powstanie kasyna na danym terenie powoduje dla mieszkańców zarówno skutki pozytywne (możliwy wzrost zatrudnienia, zarobków, wartości nieruchomości itp.), jak i negatywne (m.in. wzrost przestępczości, liczby bankructw, samobójstw, rozwodów, liczby wypadków drogowych).

Wniosek 3.: Ocena tych skutków jest trudna, przede wszystkim z powodu braku odpowiednich danych statystycznych, a także dlatego, że stosowane metody wzbudzają wiele kontrowersji i szeroką dyskusję; jak się wydaje, daleko jest jeszcze do wypracowania i sformułowania metod powszechnie akceptowanych.

Wniosek 4.: Warto jednakże podkreślić, że opisane metody dotyczą jedynie badania skutków mierzalnych; oprócz rachunku zysków i strat przy rozpatrywaniu wpływu kasyn należy wziąć pod uwagę także skutki niemierzalne. Ważność niemierzalnych skutków uprawiania hazardu dobrze wyraża apel przedstawiciela Anonimowych Hazardzistów w stanie Wisconsin (Thompson i in., 1996, s. 24) *...Mam nadzieję, że państwo jest prawdziwie*

świadome ważności tego problemu. Istnieje wielu ludzi, którzy potrzebują pomocy i nie mogą jej znaleźć lub nie mogą sobie na nią pozwolić. W stowarzyszeniu Anonimowych Hazardzistów byłem świadkiem niewiarygodnej destrukcji i muszę upublicznić moje życie. Chciałbym, żeby Anonimowi Hazardziści mogli się ogłaszać. Więcej osób powinno wiedzieć, że jest pomoc i że potrzebują pomocy. Trzeba zrobić więcej, aby problemowych hazardzistów skonfrontować z ich problemem i aby zaczęli szukać pomocy...
Stop kasynom w Wisconsin.
W barach nie powinno być automatów do gry.
Picie alkoholu pogarsza ocenę sytuacji, powoduje straty.

5. **Możliwości wykorzystania wyników badań dotyczących wpływu kasyn na sytuację ekonomiczno-społeczną lokalnych społeczności**

Opisane wyżej metody mogą jednak zostać, po pewnych modyfikacjach, zastosowane do próby zbadania, jak w Polsce kasyna wpływają na sytuację okolicznej ludności.

W szczególności godne polecenia są metody modelowania ekonometrycznego, które – jak wskazano wyżej – mogą posłużyć zarówno do określenia zakresu wpływu kasyn na lokalną społeczność, jak i do oceny wielkości pozytywnych i negatywnych skutków ich istnienia na danym obszarze, zarówno jednak postać modelu, jak również dobór zmiennych objaśniających muszą zostać dostosowane do warunków polskich.

Bibliografia:

Box G.E.P, Jenkins M.G., 1983, *Analiza szeregów czasowych, Prognozowanie i sterowanie*, PWN, Warszawa.
Collins D., Lapsley H. (2003).The Social Costs and Benefits of Gambling, an Introduction to the Economic Issues, *Journal of Gambling Studies* 19 (2), s.123-148.
Cotti Ch. D, Walker D. M. (2010). The impact of casinos on fatal alcohol-related traffic accidents in the United States, *Journal of Health Economics*, s.788-796.
Eadington W.R. (2003). Measuring Costs from Permitted Gaming: Concepts and Categories in Evaluating Gambling's Consequences, *Journal of Gambling Studies* 19 (2), s. 185-213.
Evans W.L., Topoleski J.H. (2002). *The Social and Economic Impact of Native Americans Casinos*, National Bureau of Economic Research, Working Paper 9198.
Garrett T. (2004). *Casino Gaming and Local Employment Trends*, Review of the Federal Reserve Bank of St. Louis 86 (1), s.9-22.
Giacopassi D., Stitt B. G., Nichols M. (2000). Including population at risk in casino crime rate calculations: What difference does it make? *American Journal of Criminal Justice*, 24(2), s. 203-215.
Goss E., Morse E.A. (2005). *The Impact of casino Gambling on Personal Bankruptcy Rates (1990-2002)*, Social Science Research Network Working Paper.

Gould E.D., Weinberg B.A., Mustard D.B. (2002). Crime Rates and Local Labor Market Opportunities in the United States: 1977– 1997, *Review of Economics and Statistics*, s. 45-61.
Grinols E., D. Mustard. (2006). Casinos, Crime, and Community Costs. *Review of Economics and Statistics,* s. 28-45.
Grinols E.L. (2007). *Social and economic impacts of gambling*. Research and Measurement Issues in Gambling Studies, ed. G. Smith, D. Hodgins, and R. Williams, 515-539. Boston, MA: Academic Press.
Grogger J. (1997). *Market Wages and Youth Crime*, NBER working paper no. 5983 (1997). Harvard Medical School and Massachusetts Council on Compulsive Gambling, "Political Contributions by the Gaming Industry," The Wager: The Weekly Addiction Gambling Education Report.
Hakim S., Buck A.J. (1989). Do Casinos Enhance Crime? *Journal of Criminal Justice* Vol. 17, s. 409-416.
Hill J. (2007). *The New Buffalo, A Comparative Examination of Tribal Casino Gaming in Michigan 1993-2003*, Central Michigan University.
Kot S.M. (red.). (1999). *Analiza ekonometryczna kształtowania się płac w Polsce w okresie transformacji*. PWN, Warszawa, Kraków.
Maddala G.S. (2006). *Ekonometria*, PWN, Warszawa.
Mielecka-Kubień Z. (2012). *Dokonanie przeglądu aktualnego stanu światowej wiedzy naukowej dotyczącej metod oceny wielkości skutków i kosztów uzależnień od hazardu problemowego i patologicznego*. Raport z badań.
Mielecka-Kubień Z. (2014). Szacowanie społecznych kosztów hazardu problemowego i patologicznego, *Serwis Informacyjny Narkomania* 3 (67), s.33-41.
Mielecka-Kubień Z. (2015). Indywidualne koszty hazardu problemowego i patologicznego, *Świat Problemów* 3, s.15-18.
Mielecka-Kubień Z., Biolik J., Warzecha K., Wójcik A. (2013). *Opracowanie narzędzi do oceny wielkości skutków i kosztów uzależnień od hazardu problemowego i patologicznego oraz ocena wielkości tych skutków i kosztów dla osób uzależnionych na podstawie badań ankietowych (koszty indywidualne),* Raport z badań.
Mielecka-Kubień Z., Biolik J., Warzecha K., Wójcik A. (2015). *Wybrane aspekty społeczno-ekonomicznych skutków uzależnienia od hazardu problemowego i patologicznego*, Zeszyty Naukowe UE w Krakowie 4, s. 85-99.
Nichols M.W., Stitt B.G., Giacopassi D. (2004). Changes in Suicide and Divorce in New Casino Jurisdictions, *Journal of Gambling Studies* 20 (4), s. 391-404.
Osińska M. (red). (2007). *Ekonometria współczesna*, Wyd. Dom Organizatora, Toruń.
Skowronek A. (2012). *Prawne aspekty hazardu*, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
Stitt B.G., Nichols, M. Giacolassi, D. (2003). Does the presence of casinos increase crime? An examination of casino and control communities. *Crime and Delinquency* 49 (2), s. 253–284.
Thompson W. N., Gazel R., Rickman D. (1996). *The Social Costs of Gambling in Wisconsin*, Wisconsin Policy Research Institute Report 9 (6).
Wilk L. (2012). *Hazard. Studium kryminologiczne i prawne*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa.
Zeliaś A, Grabiński T, Wydmus S. (1989). *Metody taksonomii numerycznej w modelowaniu zjawisk społeczno – gospodarczych*, PWN, Warszawa.

Źródła internetowe:

http://www.finanse.mf.gov.pl/inne-podatki/podatek-od-gier/informacje-podstawowe/
McGowan R.A., *A Conflicted Observer of Gambling*, http://home.comcast.net/~alan.clayton-matthews/pp704/casino2.doc

Agnieszka Palacz-Chrisidis

Granie hazardowe młodzieży – badania epidemiologiczne w województwie lubelskim

Abstract

Youth gambling – epidemiological studies in Lubelskie province

The article considers the issue of prevalence of gambling behaviour among high school youth from Lublin province. The research was conducted in 2013-2014 by the Institute of Psycho-prevention and Psychotherapy of Natanaelum Association. The frequency of gambling activity was examined, taking into account additional criteria: level of commitment to playing and preferred forms of gambling. The methods used for testing: expanded personal survey and the Brief Biosocial Gambling Screen BBGS. The research results show that both frequency of playing and form of gambling activity in the population of high school youth from Lublin province are concurrent with the results of other nationwide epidemiological studies. In reference to the results of European and world research, the population of Lublin province exhibits a bit smaller involvement in problem of pathological gambling.

1. Uzasadnienie badań epidemiologicznych dotyczących uprawiania hazardu przez młodzież

Gry hazardowe to gry pieniężne, w których o wygranej decyduje przypadek, dlatego są one również nazywane grami losowymi. Ze względu na dużą popularność tego typu gier, a także łatwy dostęp i legalizację w wielu krajach na świecie, badacze podejmują próbę zbadania rozpowszechnienia zjawiska grania hazardowego, ujmując zarówno samo podejmowanie gry hazardowej, jak i poziom zaangażowania w granie. Przegląd literatury przedmiotu pozwolił na zaprezentowanie wyników badań epidemiologicznych zagranicznych i polskich, które pokazują istotność poruszanego zagadnienia.

Jak wynika z amerykańskich badań epidemiologicznych, 82% dorosłych mieszkańców Stanów Zjednoczonych bierze udział w grach losowych (Welte i in., 2002), natomiast w Kanadzie odsetek ten wynosi 72% (Azmier, 2001). Z kolejnych danych szacunkowych wynika, że odsetek nałogowych hazardzistów stanowi około 3% dorosłej ludności Stanów Zjednoczonych, a kolejne 8-10% jest zagrożone uzależnieniem (Carson i in., 2003; Grinols, 2004). W badaniach z 2006 roku przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wykazano, że

w gry hazardowe przynajmniej raz w życiu grało 81-89% obywateli tego kraju, z czego aż 29% gra regularnie (od „kilka razy w miesiącu" do „prawie codziennie"). Niemal trzy czwarte osób badanych uczestniczyło w grach hazardowych w kasynie, jedna czwarta robiła zakłady sportowe, a co szósty badany grał na automatach (Volberg, Bernhard, 2006). W 2007 roku przeprowadzono badania w Ameryce Północnej (badaniem objęto obywateli Kanady i Stanów Zjednoczonych) dotyczące grania hazardowego *on-line*. Uzyskane wyniki pokazały, że aż 43% respondentów doświadcza problemów związanych z zaangażowaniem w granie hazardowe *online* i spełnia kryteria grania problemowego (Wood i in., 2007).

Z kolei analizy azjatyckie pokazują, że aż 59% obywateli z obszaru Południowo-Wschodniej Azji gra w sposób problemowy (Petry i in., 2003). Dodatkowo badacze wykazali, że takie czynniki jak płeć (mężczyźni) oraz wiek (osoby młode) znacząco zwiększają ryzyko patologicznego hazardu. Jak wynika z badań przeprowadzonych 2008 roku wśród obywateli Chin, gry hazardowe są wybierane najczęściej spośród wszystkich dostępnych aktywności rozrywkowych. Porównanie statystyk na przestrzeni kilkunastu lat pokazuje, że odsetek osób grających problemowo lub patologicznie systematycznie wzrasta; w 2008 roku dotyczył on 4% badanych osób (Looa i in., 2008).

Podobne wskaźniki uzyskano również w badaniach prowadzonych w krajach europejskich. wyniki ogólnoeuropejskich badań prowadzonych przez *European Gaming and Betting Association* na zlecenie Parlamentu Europejskiego w 2011 roku dają obraz wielkości opisywanego zjawiska. W raporcie z badań zaprezentowano coroczne zyski sektora gier hazardowych, łącznie ze wszystkich 28 krajów członkowskich Unii Europejskiej. W ogólnym rachunku są to zyski sięgające 80 milionów euro rocznie, sam hazard *online* w roku 2011 wygenerował zyski na poziomie 13 milionów euro (Pop, 2014). Przeprowadzone w Wielkiej Brytanii badania dostarczyły danych wskazujących, że 68% Brytyjczyków podejmuje aktywność hazardową (Wardle i in., 2007). Analiza danych epidemiologicznych ze Szwajcarii, Francji i Holandii z lat 2000-2005 wskazuje, że 3-3,3% dorosłych mieszkańców tych krajów gra problemowo, a około 1,8% spełnia kryteria patologicznego hazardu (Stucki, Rihs-Middel, 2007). Badania belgijskie z kolei pokazują, że ok. 60% społeczeństwa Belgii uprawiało hazard chociaż raz w życiu, natomiast ponad ¼ angażuje się w gry hazardowe regularnie (raz w tygodniu lub częściej) – głównie w takie formy grania, jak: loterie, zdrapki i gry telewizyjne (Druine i in., 2006).

Ciekawym ujęciem analiz dotyczących rozpowszechnienia gier hazardowych jest podejście reprezentowane w ogólnoeuropejskich badaniach prowadzonych przez naukowców z Uniwersytetu Trent w Nottingham, którzy zbadali odsetek osób zgłaszających się po

specjalistyczną pomoc w związku z problemami doświadczanymi w wyniku uprawiania hazardu. Badaniem objęto niemal wszystkie kraje Europy, a procentowy rozkład osób poszukujących pomocy z powodu grania problemowego w poszczególnych krajach prezentuje się następująco: Belgia – 60%, Dania – 72%, Estonia – 93%, Finlandia – 66%, Francja – 49,5%, Niemcy – 83%, Wielka Brytania – 45%, Hiszpania – 75%, Szwecja – 35% (Griffiths, 2009). Tak duży odsetek osób grających, które sięgają po pomoc terapeutyczną, świadczy o występowaniu w Europie poważnego problemu społecznego.

Także w Polsce coraz większym problemem jest wzrastająca liczba osób zagrożonych problemowym i patologicznym hazardem. W 2011 roku według badania Centrum Badań Opinii Społecznej, które zostało przeprowadzone na próbie 1189 osób w ramach projektu „Aktualne problemy i wydarzenia", w grach losowych na pieniądze brał udział co drugi dorosły Polak (Gwiazda, 2011). W badaniach CBOS z 2015 roku wykazano, że około 2% osób grających ma doświadcza trudności wynikających z grania hazardowego oraz tyle samo znajduje się w grupie ryzyka uzależnienia (Badora i in., 2015). Wykazano ponadto, że grający mężczyźni są bardziej zagrożeni uzależnieniem od hazardu niż kobiety. W badanej grupie u co piątego gracza płci męskiej występują symptomy uzależnienia, natomiast zagrożonych kobiet jest dwukrotnie mniej (Badora i in., 2015).

Jak wynika z przeprowadzonego w 2011 roku badania ogólnopolskiego przez Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii Stowarzyszenia Natanaelum, realizowanego w ramach projektu „Polskie zasoby instytucjonalne i osobowe w obszarze profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych w tym hazardu", w każdym roku zwiększa się liczba osób zgłaszających się do placówek terapii uzależnień z powodu nadmiernego zaangażowania w granie hazardowe (Lelonek-Kuleta, Chwaszcz, 2011).

Wymienione dane wskazują, że uzależnienie od hazardu stało się poważnym problemem dla wielu współczesnych społeczeństw. Problem ten jest tym większy, że coraz częściej dotyczy ludzi młodych, a nawet dzieci. Czynnikami zwiększającymi ryzyko wystąpienia problemowego i patologicznego hazardu jest duża dostępność oraz prostota większości gier hazardowych, jak również niska społeczna świadomość na temat negatywnych skutków grania. Wśród czynników ryzyka hazardu natury psychologicznej należy wyróżnić m.in.: niską samoocenę, poczucie osamotnienia, niedojrzałość emocjonalną, dążenie do osiągnięć – chęć bycia najlepszym, poszukiwanie nowych wrażeń, chęć przynależności i akceptacji w grupie (Rowicka, 2015; Banaszkiewicz, Wojewódzka, 2013). Z literatury przedmiotu wynika, że wymienione powyżej uwarunkowania psychologicznie są również istotnym elementem okresu dorastania. Młodzież, znajdując się w specyficznym

okresie swojego życia, doświadcza sytuacji podwójnie trudnej, gdyż z jednej strony staje wobec problemów o charakterze rozwojowym, a z drugiej – w sytuacjach wyznaczanych przez kształt zglobalizowanego świata (Wysocka, 2010). W tym miejscu warto podkreślić, że okres rozwojowy między 16. a 19. rokiem życia stanowi czynnik ryzyka uzależnień psychoaktywnych (od alkoholu, narkotyków, tytoniu, leków) oraz czynnościowych – m.in. od Internetu, telewizji, gier komputerowych, hazardu (Niewiadomska i in., 2010).

Analizy badaczy przeprowadzone w 1995 roku w Stanach Zjednoczonych pokazały, że około 14% adolescentów grało problemowo, a ok. 7% doświadczało skutków hazardu patologicznego (Shaffer, Hall, 1996). Wyniki innych badań prowadzonych w Stanach Zjednoczonych oraz Kanadzie na przestrzeni lat 1984-1999 pokazały, że w analizowanym okresie systematycznie wzrastała liczba młodych osób, które deklarowały uprawianie hazardu, a co za tym idzie wzrastała również liczba młodzieży wskazująca na przeżywanie poważnych problemów w związku z preferowanymi aktywnościami hazardowymi (Jacobs, 2000). Badania wskazały, że 15,3 miliona młodzieży w wieku 12-17 lat grało w gry hazardowe. Przy tym, 2,2 miliona grających nastolatków przejawiało poważne problemy wynikające z grania hazardowego (Jacobs, 2000). W jeszcze innych analizach wykazano (Pietrzak i in., 2003), że problemy z hazardem w populacji amerykańskich nastolatków miało około 20% młodych ludzi. Na podstawie wyników badań prowadzonych na przestrzeni niemal 20 lat, można zatem stwierdzić, że w USA występuje tendencja wzrostowa w zakresie powszechności podejmowania przez młodzież aktywności hazardowych.

W Ameryce Południowej również były prowadzone badania dotyczące epidemiologii hazardu wśród osób młodych (14 lat i starsi). Wyniki ogólnokrajowych badań, które były prowadzone w Brazylii pokazują, że 1% młodych Brazylijczyków gra patologicznie w gry hazardowe, natomiast 1,3% badanych gra problemowo (Travares i in., 2010).

Z kolei europejskie badania prowadzone w latach 90-tych XX wieku, między innymi przez Griffithsa (1995), ujawniły, że w sposób patologiczny grało w Wielkiej Brytanii 5-6% młodzieży poniżej osiemnastego roku życia. Niepokojące jest również to, że adolescenci byli dwa razy bardziej narażeni na problemy wynikające z grania hazardowego, niż dorośli (Griffiths, 2003). Kinable w latach 2004-2005 badał młodzież belgijską (w wieku 12-18 lat) w zakresie podejmowania aktywności hazardowych. Uzyskane rezultaty wykazały, że 40% badanej młodzieży uprawiało hazard przynajmniej raz w ciągu ostatniego roku, przy tym ok. 2% badanych adolescentów znajdowało się w grupie ryzyka hazardu patologicznego (Kinable, 2006).

Jak wykazują polskie badania, uczestnictwo w grach typu hazardowego jest wśród młodzieży zjawiskiem dość rozpowszechnionym w naszym kraju. Wyniki badania ESPAD z 2011 roku, pokazują, że około 2% młodych Polaków (16-19 lat) jest zagrożonych hazardem problemowym (Sierosławski, 2011). Z kolei według badań prowadzonych przez CBOS w 2012 roku, których wyniki zamieszczone zostały w raporcie „Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych", w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie blisko ¼ mieszkańców Polski powyżej 15. roku życia grała hazardowo na pieniądze. W skali kraju ponad 50 tysięcy Polaków, którzy uprawiali hazard przynajmniej raz w życiu, jest uzależnionych od gier losowych, a kolejne prawie 200 tysięcy – to osoby narażone na ryzyko uzależnienia (Badora i in., 2012).

O dużej powszechności uprawiania hazardu przez młode osoby możemy mówić przede wszystkim w odniesieniu do dwóch typów gier: Lotto i konkursów SMS-owych, w których udział deklaruje po blisko 2/5 ogółu badanych. Nieco mniejszą popularnością cieszą się wśród młodzieży automaty i gry w Internecie, choć również w tych przypadkach możemy mówić o dużym zakresie uczestnictwa, sięgającym niemal ¼ ogółu badanych nastolatków (Hipsz i in., 2010, s. 133).

2. Metodologia prowadzonych badań

Badania przeprowadzone zostały w latach 2013-2014 w ramach projektu „Opracowanie baterii metod służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem", zrealizowanego przez Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii Stowarzyszenia Natanaelum, współfinansowanego przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii w ramach programu Ministra Zdrowia „Wspieranie badań naukowych dotyczących zjawiska uzależnienia od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych a także rozwiązywania problemów z tym związanych", w zadaniu „Przeprowadzenie badań naukowych służących pogłębieniu wiedzy w zakresie uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego i patologicznego".

Charakterystyka badanych osób. Grupę badanych osób stanowiło 631 dobranych losowo uczniów z terenu województwa lubelskiego. Wśród badanych były 263 kobiety (42,2%) i 360 mężczyzn (57,8%) (Tabela 1).

Tabela 1. Podział grupy badanych osób ze względu na płeć (N=631)

Płeć					
		N	**%**	**% ważnych**	**% skumulowany**
Ważne	**Kobiety**	263	41,7	42,2	42,2
	Mężczyźni	360	57,1	57,8	100,0
	Ogółem	623	98,7	100,0	
Braki danych	**Systemowe braki danych**	8	1,3		
Ogółem		631	100,0		

Aspektem, który brano pod uwagę w analizach, był również wiek badanych osób (Tabela 2).

Tabela 2. Podział badanej grupy ze względu na wiek (N=631)

Wiek					
		N	**%**	**% ważnych**	**% skumulowany**
Ważne	17	16	2,5	2,6	2,6
	18	322	51,0	51,4	53,9
	19	260	41,2	41,5	95,4
	20	24	3,8	3,8	99,2
	21	5	0,8	0,8	100,0
	Ogółem	627	99,4	100,0	
Braki danych	Systemowe braki danych	4	0,6		
Ogółem		631	100,0		

Grupę wiekową, która dominowała w próbie badawczej, stanowią osoby w wieku 18-19 lat (92,9%). Osób w wieku 20-21 lat było 4,6%, natomiast 17-latkowie stanowili 2,6% osób badanych.

Pod względem aktualnego miejsca zamieszkania, grupa badana była zróżnicowana pod względem miejsca zamieszkania: wieś, miasto do 50 tys. mieszkańców oraz miasto powyżej 50 tys. mieszkańców (Tabela 3).

Tabela 3. Podział badanej grupy ze względu na aktualne miejsce zamieszkania (N=631)

Aktualne miejsce zamieszkania						
		N	**%**	**% ważnych**	**% skumulowany**
Ważne	**Wieś**	416	65,9	69,3	69,3
	Miasto do 50 tys.	110	17,4	18,3	87,7
	Miasto ponad 50 tys.	74	11,7	12,3	100,0
	Ogółem	600	95,1	100,0	
Braki danych	**Systemowe braki danych**	31	4,9		
Ogółem		631	100,0		

Największą grupę stanowili uczniowie pochodzący z terenów wiejskich – 69,3%. Kolejno młodzież z małych miast stanowiła 18,3% i młodzież z dużych miast – 12,3%.

Opis metod wykorzystanych w badaniach. W prowadzonych analizach posłużono się zestawem metod badawczych, który składał się z metryczki oraz narzędzia służącego do badania poziomu zaangażowania w gry hazardowe.

Metryczka stanowiła rozbudowany kwestionariusz zawierający dane socjodemograficzne dotyczące m.in. (Niewiadomska i in., 2014):

- wieku, płci, aktualnego miejsca zamieszkania i miejsca zamieszkania do 10 r. ż.,
- ocen w ostatnim zakończonym roku szkolnym, planów dotyczących dalszej edukacji,
- struktury rodziny pochodzenia, warunków materialnych, atmosfery wychowawczej w rodzinie, wykształcenia rodziców,
- stosunku do religii, informacji na temat autorytetów,
- ilości pieniędzy, które miała do dyspozycji osoba badana w postaci kieszonkowego,
- częstości podejmowania różnych form hazardu (np. gry w karty na pieniądze, zakładów konnych, zakładów sportowych itp.) oraz wieku, w jakim osoba podjęła po raz pierwszy aktywność hazardową.

Brief Biosocial Gambling Screen **BBGS – Krótkie Biospołeczne Narzędzie Przesiewowe do Hazardu** to metoda pozwalająca zidentyfikować problemy związane z występowaniem patologicznego hazardu u osoby badanej na podstawie twierdzeń odnoszących się do trzech obszarów funkcjonowania: doświadczania trudności emocjonalnych, wykorzystywania kłamstwa, odczuwania problemów finansowych. Wszystkie trzy wymienione obszary odnoszą się do funkcjonowania osoby w sytuacjach

związanych z graniem w gry hazardowe. Respondent odpowiada poprzez wybranie odpowiedzi „Tak” lub „Nie”. Polską wersję skali cechuje: czułość – 0,82; pozytywna wartość predykcyjna – 0,30. W badaniach korelatów BBGS stwierdzono występowanie dodatniej zależności między ryzykiem hazardu patologicznego a płcią (phi=0,11; p=0,041; n=297) oraz dodatniej korelacji z poziomem zaangażowania w grę hazardową (chi-kwadrat(2)=67,32; p<0,001). Wyniki te wskazują na dobrą trafność teoretyczną polskiej wersji BBGS w badanym zakresie (Niewiadomska i in., 2014).

Prezentacja wyników w niniejszym artykule będzie służyła odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jakie jest rozpowszechnienie grania hazardowego wśród młodzieży w województwie lubelskim?
2. Jakie aktywności związane z graniem hazardowym podejmuje młodzież w województwie lubelskim?

3. Wyniki przeprowadzonych badań

Na początku zostaną zaprezentowane analizy dotyczące częstości podejmowania przez młodzież aktywności hazardowych, bez uwzględnienia kryterium poziomu zaangażowania w grę oraz rodzaju preferowanych gier hazardowych. Wyniki prezentuje Tabela 4.

Tabela 4. Częstość podejmowania aktywności hazardowych przez młodzież (N=620)

Częstość uprawianej gry losowej					
		N	**%**	**% ważnych**	**% skumulowany**
Ważne	**Wcale**	251	40,5	40,5	40,5
	Rzadziej niż raz na miesiąc	208	33,5	33,5	74,0
	Raz na miesiąc lub częściej, ale rzadziej niż raz w tygodniu	79	12,7	12,7	86,8
	Raz w tygodniu lub częściej, ale rzadziej niż codziennie	59	9,5	9,5	96,3
	Codziennie	23	3,7	3,7	100,0
	Ogółem	620	100,0	100,0	

Jak wynika z zaprezentowanych danych, 40,5% badanej młodzieży nigdy nie grało w żadną grę hazardową, 33,5% grało rzadziej niż raz w miesiącu. 12,7% – raz w miesiącu lub częściej, 9,5% – raz w tygodniu lub częściej, a 3,7% – codziennie.

W kolejnych analizach uwzględniono dodatkowe kryteria grania hazardowego (poza samą częstotliwością tego typu aktywności). Tabela 5 prezentuje częstotliwość podejmowania gier hazardowych ze względu na różny poziom zaangażowania w granie. Wzięto pod uwagę granie okazjonalne (granie raz na jakiś czas, np. przy okazji spotkań z rówieśnikami), granie problemowe (granie częste, w wyniku którego osoba doświadcza problemów o charakterze społecznym i zdrowotnym) oraz granie patologiczne (bardzo częste granie, diagnozowane jako jednostka chorobowa).

Tabela 5. Częstość grania w gry hazardowe przez młodzież z uwzględnieniem poziomów zaangażowania w granie (N=620)

Poziom zaangażowania w granie hazardowe					
		N	**%**	**% ważnych**	**% skumulowany**
Ważne	**Wcale**	251	40,5	42,0	42,0
	Okazjonalne granie	259	41,8	43,4	85,4
	Problemowe granie	53	8,5	8,9	94,3
	Patologiczne granie	34	5,5	5,7	100,0
	Ogółem	597	96,3	100,0	
Braki danych	**Systemowe braki danych**	23	3,7		
Ogółem		620	100,0		

Na podstawie zaprezentowanych w tabeli wyników można zauważyć, że 42% badanych uczniów wcale nie przejawiało aktywności hazardowej. Ok. 43% badanych nastolatków miało kontakt z hazardem przynajmniej raz w życiu. Można sformułować wniosek, że grali oni okazjonalnie. Około 9% badanej młodzieży grało w gry hazardowe w sposób problemowy, tzn. odbywało się to często i pociągało za sobą konsekwencje. Natomiast ok. 6% badanych uczniów przejawiało granie patologiczne, które może świadczyć o występowaniu syndromu uzależnienia od hazardu.

W prezentowanych analizach uwzględniono również różne formy grania hazardowego. Tabela 6 prezentuje częstotliwość grania młodzieży z uwzględnieniem rodzaju uprawianej gry.

Tabela 6. Częstość grania w gry hazardowe przez młodzież z uwzględnieniem różnych form grania hazardowego (N=620)

Rodzaj gry	Wcale		Rzadziej niż raz na miesiąc		Raz na miesiąc lub częściej, ale rzadziej niż raz w tygodniu		Raz w tygodniu lub częściej, ale rzadziej niż codziennie		Codziennie	
	N	% z N	N	% z N	N	% z N	N	% z N	N	% z N
Gra w karty na pieniądze	533	86,0%	52	8,4%	18	2,9%	9	1,5%	8	1,3%
Zakłady konne, zakłady na wyścigach psów lub innych zwierząt (np. na torze, u bukmachera, przez Internet)	589	95,0%	16	2,6%	8	1,3%	3	0,5%	4	0,6%
Zakłady sportowe (np. u bukmachera, przez Internet)	521	84,0%	39	6,3%	27	4,4%	24	3,9%	9	1,5%
Gra w kości na pieniądze	595	96,0%	16	2,6%	4	0,6%	1	0,2%	4	0,6%
Gra w kasynie (legalnym lub nie)	576	92,9%	24	3,9%	10	1,6%	6	1,0%	4	0,6%
Gra w lotto, inne gry liczbowe lub loterie pieniężne	392	63,2%	148	23,9%	52	8,4%	20	3,2%	8	1,3%
Gra w bingo na pieniądze	597	96,3%	12	1,9%	3	0,5%	4	0,6%	4	0,6%
Gra na giełdach (np. inwestowanie w opcje giełdowe, na rynku towarowym)	592	95,5%	11	1,8%	6	1,0%	3	0,5%	8	1,3%
Gry na pieniądze *online* (np. poker, ruletka)	574	92,6%	20	3,2%	11	1,8%	8	1,3%	7	1,1%
Gra na automatach, automatach do pokera lub innych urządzeniach do gry na pieniądze	502	81,0%	79	12,7%	24	3,9%	10	1,6%	5	0,8%
Gra na pieniądze w kręgle, bilard, golf lub w inne gry zręcznościowe	566	91,3%	35	5,6%	8	1,3%	9	1,5%	2	0,3%
Zdrapki i gry „papierowe" inne niż loterie	389	62,7%	176	28,4%	37	6,0%	15	2,4%	3	0,5%
Zakłady z kolegami na pieniądze	616	99,4%	4	0,6%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Jeśli chodzi o kategorię „wcale", to wyniki prezentują się następująco: 91%-100% uczniów nigdy nie robiło zakładów na pieniądze (ani z rówieśnikami, ani przez Internet), nie grało na giełdzie, w kręgle, bilard na pieniądze oraz w kasynach (legalnych i nielegalnych), a także nie uprawiało hazardu *online*; 81%–90% – nigdy nie robiło zakładów sportowych u bukmachera, nie grało w karty na pieniądze ani na automatach do gier hazardowych.

W kategorii „rzadziej niż raz na miesiąc" 28,4% badanych uczniów grało w zdrapki, z kolei 23,9% – w lotto lub inne loterie pieniężne, a 12,7% – na automatach. Pozostałe formy gier podejmowane były przez mniej niż 10% badanych.

Odpowiedzi „raz w miesiącu lub częściej" oraz „raz w tygodniu lub częściej" udzieliło 11,6% uczniów grających w lotto lub inne loterie pieniężne, 8,4% – grających w zdrapki oraz 8,3% uczniów obstawiających zakłady sportowe u bukmacherów.

W kategorii „codziennie" odsetek graczy oscylował między 0,5 a 1,0% w odniesieniu do niemal wszystkich form grania hazardowego.

Poziom zaangażowania w granie hazardowe młodzieży z terenu województwa lubelskiego przeanalizowano również z uwzględnieniem podziału na płeć (Tabela 7 i Tabela 8).

Tabela 7. Poziom zaangażowania młodzieży w granie hazardowe a płeć (N=599)

Poziom zaangażowania w granie		**Płeć**		**Ogółem**
		kobiety	**mężczyźni**	
Wcale	**Liczebność**	131	126	257
	% z Płeć	51,0%	36,8%	42,9%
	Reszta skorygowana	3,5	-3,5	
Okazjonalne granie	**Liczebność**	114	142	256
	% z Płeć	44,4%	41,5%	42,7%
	Reszta skorygowana	0,7	-0,7	
Problemowe granie	**Liczebność**	9	44	53
	% z Płeć	3,5%	12,9%	8,8%
	Reszta skorygowana	-4,0	4,0	
Patologiczne granie	**Liczebność**	3	30	33
	% z Płeć	1,2%	8,8%	5,5%
	Reszta skorygowana	-4,0	4,0	
Ogółem	**Liczebność**	257	342	599
	% z Płeć	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 8. Wyniki testu niezależności chi-kwadrat między grupami wyodrębnionymi ze względu na płeć (N=599)

	Wartość	**df**	**Istotność asymptotyczna (dwustronna)**
Chi-kwadrat Pearsona	37,048	3	0,000
Iloraz wiarygodności	41,886	3	0,000
Test związku liniowego	32,043	1	0,000
N ważnych obserwacji	599		

Przedstawione w Tabelach 7 i 8 dane pokazują różnice między chłopcami i dziewczętami w zakresie poziomu angażowania się w granie hazardowe. Istotność dwustronna na poziomie 0,000 wskazuje na istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi mężczyznami i kobietami na wszystkich poziomach grania. Mianowicie, 51% kobiet i 36,8% mężczyzn nie miało styczności z hazardem, więcej kobiet grało okazjonalnie (44,4%), a w zakresie grania problemowego i patologicznego obserwujemy większy odsetek mężczyzn (21,7%) niż kobiet (4,7%).

Tabele 9 oraz 10 prezentują dane dotyczące poziomu zaangażowania w granie hazardowe z uwzględnieniem kryterium aktualnego miejsca zamieszkania badanej młodzieży.

Tabela 9. Poziom zaangażowania młodzieży w granie hazardowe a aktualne miejsce zamieszkania (N=575)

Poziom zaangażowania w granie		**Aktualne miejsce zamieszkania**			**Ogółem**
		wieś	**miasto do 50 tys.**	**miasto ponad 50 tys.**	
Wcale	**Liczebność**	175	43	29	247
	% z Aktualne miejsce zamieszkania	44,2%	40,2%	40,3%	43,0%
	Reszta skorygowana	0,9	-0,6	-0,5	
Okazjonalne granie	**Liczebność**	167	51	28	246
	% z Aktualne miejsce zamieszkania	42,2%	47,7%	38,9%	42,8%
	Reszta skorygowana	-0,4	1,1	-0,7	
Problemowe granie	**Liczebność**	32	9	9	50
	% z Aktualne miejsce zamieszkania	8,1%	8,4%	12,5%	8,7%
	Reszta skorygowana	-0,8	-0,1	1,2	
Patologiczne granie	**Liczebność**	22	4	6	32
	% z Aktualne miejsce zamieszkania	5,6%	3,7%	8,3%	5,6%
	Reszta skorygowana	0,0	-0,9	1,1	
Ogółem	**Liczebność**	396	107	72	575
	% z Aktualne miejsce zamieszkania	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 10. Wyniki testu niezależności chi-kwadrat między grupami wyodrębnionymi ze względu na miejsce zamieszkania (N=575)

	Wartość	df	Istotność asymptotyczna (dwustronna)
Chi-kwadrat Pearsona	4,351	6	0,629
Iloraz wiarygodności	4,155	6	0,656
Test związku liniowego	1,315	1	0,251
N ważnych obserwacji	575		

Przedstawione wyniki wskazują, że nie ma istotnych statystycznie różnic na poszczególnych poziomach zaangażowania w granie hazardowe między nastoletnimi mieszkańcami wsi, małych miast i dużych miast z terenu województwa lubelskiego.

Analizując poziom zaangażowania w granie hazardowe przez badaną młodzież, wzięto również pod uwagę kryterium wieku, co zaprezentowane zostało w Tabelach 11 i 12.

Tabela 11. Poziom zaangażowania młodzieży w granie hazardowe a wiek (N=602)

Poziom zaangażowania w granie		**Wiek**				**Ogółem**
		17 lat	**18 lat**	**19 lat**	**20 lat i więcej**	
Wcale	**Liczebność**	11	133	102	11	257
	% z Wiek	68,8%	43,0%	40,6%	42,3%	42,7%
	Reszta skorygowana	2,1	0,2	-0,9	0,0	
Okazjonalne granie	**Liczebność**	5	140	103	11	259
	% z Wiek	31,3%	45,3%	41,0%	42,3%	43,0%
	Reszta skorygowana	-1,0	1,2	-0,8	-0,1	
Problemowe granie	**Liczebność**	0	25	26	1	52
	% z Wiek	0,0%	8,1%	10,4%	3,8%	8,6%
	Reszta skorygowana	-1,2	-0,5	1,3	-0,9	
Patologiczne granie	**Liczebność**	0	11	20	3	34
	% z Wiek	0,0%	3,6%	8,0%	11,5%	5,6%
	Reszta skorygowana	-1,0	-2,3	2,1	1,3	
Ogółem	**Liczebność**	16	309	251	26	602
	% z Wiek	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabela 12. Wyniki testu niezależności chi-kwadrat między grupami wyodrębnionymi ze względu na wiek (N=602)

	Wartość	df	Istotność asymptotyczna (dwustronna)
Chi-kwadrat Pearsona	14,246[a]	9	0,114
Iloraz wiarygodności	16,036	9	0,066
Test związku liniowego	6,476	1	0,011
N ważnych obserwacji	602		

Również w tym zakresie nie wykazano istotnych statystycznie różnic. Badane osoby między 17. a 20. rokiem życia nie różnią się między sobą poziomem zaangażowania w granie hazardowe.

4. Wnioski wynikające z przeprowadzonych badań

Przedstawione wyniki badań są zasadniczo zbieżne z rezultatami prezentowanymi w literaturze światowej i polskiej. W badaniach lubelskich około 42% badanych uczniów miało kontakt z hazardem przynajmniej raz w życiu, co koresponduje z danymi z badań europejskich na grupie młodzieży, z których wynika, że ok. 40% adolescentów w wieku 12-18 lat grało w gry hazardowe chociaż raz w ciągu ostatniego roku (Kinable, 2006).

Około 9% badanych uczniów z próby lubelskiej gra w gry hazardowe w sposób problemowy, a około 6% przejawia granie patologiczne. Te wyniki wydają się być niższe niż wyniki prezentowane w literaturze światowej, gdzie wśród adolescentów granie problemowe szacuje się na poziomie 14-20%, a granie patologiczne – na poziomie 2-6% (Pietrzak 2003; Griffiths 2003; Jacobs 2000). Rezultaty dotyczące powszechności hazardu patologicznego są jednak nieco wyższe od tych, które są prezentowane w raportach ogólnopolskich. Mianowicie, w próbie lubelskiej odsetek ten wynosi 6%, a w próbie ogólnopolskiej – 2% (Sierosławski, 2011).

Wyniki dotyczące angażowania się w gry hazardowe z uwzględnieniem ich rodzaju wskazują na to, że najczęstszymi wyborami młodzieży z terenu województwa lubelskiego są loterie pieniężne (w tym Lotto), gry zdrapki oraz zakłady sportowe. Wyniki te pokrywają się zarówno z wynikami badań światowych, jak i ogólnopolskich, w których najpopularniejsze (40% respondentów) były właśnie gry Lotto i gry przez SMS (Druine i in., 2006; Hipsz i in., 2010).

Przeprowadzone badania wykazały istotne statystycznie różnice w zakresie poziomu zaangażowania w gry hazardowe między mężczyznami i kobietami. Badani mężczyźni

istotnie częściej grają problemowo i patologicznie (21,7%), co stanowi grupę niemal 5-krotnie większą niż grające problemowo i patologicznie kobiety (4,7%). Uzyskane wyniki są wyższe od wskaźników uzyskanych w badaniach ogólnopolskich (przeprowadzonych w 2015 roku przez CBOS), według których mężczyźni w stosunku do kobiet stanowią dwukrotnie większą grupę osób zagrożonych hazardem patologicznym (Badora i in., 2015). Może to świadczyć o występowaniu dodatkowych uwarunkowań grania wśród młodych mężczyzn z terenu województwa lubelskiego, które warto poddać kolejnym analizom.

5. Możliwości wykorzystania uzyskanych wyników badań

Przeprowadzenie opisanych badań pozwoliło na oszacowanie powszechności uprawiania hazardu przez młodzież z terenu województwa lubelskiego. Dzięki danym cząstkowym z poszczególnych województw istnieje możliwość stworzenia rzetelnego opisu opisywanej problematyki w skali ogólnopolskiej. Zbadanie epidemiologii zjawiska hazardu w grupie uczniów lubelskich szkół daje możliwość lepszego poznania jego zasięgu, a poprzez to wpływa na wzrost świadomości społecznej o problemie angażowania się młodzieży w gry na pieniądze oraz pozwala na skuteczne identyfikowanie młodych osób, zagrożonych hazardem problemowym i patologicznym. Wczesna diagnoza, już na etapie adolescencji, umożliwia podjęcie działań zapobiegających rozwojowi uzależnienia, co jest niezwykle ważne w kontekście zdrowia publicznego. Tego typu badania dają również podstawy do odpowiedniego planowania działań interwencyjnych i profilaktycznych, które są adekwatne do rzeczywistego zapotrzebowania społecznego.

Wartościowe byłoby powtórzenie badań w każdym z polskich województw, aby na tej podstawie stworzyć raport ukazujący faktyczny poziom zaangażowania polskiej młodzieży w granie hazardowe. Na podstawie danych epidemiologicznych powinny zostać opracowane odpowiednie rekomendacje, dotyczące prowadzenia profilaktyki i terapii w stosunku do młodych osób, które są w różnym stopniu zagrożone uzależnieniem od hazardu.

Bibliografia:

Azmier J. (2001). *Gambling in Canada 2001: An overview*. Calgary, AB: Canada West Foundation.

Badora B., Gwiazda M., Hermann M., Kalka J., Moskalewicz J. (2012). *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych*. Warszawa: CBOS.

Badora B., Gwiazda M., Hermann M., Kalka J., Moskalewicz J. (2015). *Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych*. Warszawa: CBOS.

Banaszkiewicz E., Wojewódzka B. (2013). *Hazard problemowy. Edukacja i leczenie w warunkach klinicznych*. Warszawa: Wyd. Parpamedia.

Carson R. C., Butcher J. N., Mineka S. (2003). *Psychologia zaburzeń.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Druine C., Delmarcelle C., Dubois M., Joris L., Somers W. (2006). *Kwantitatieve studie online en traditionele kansspelen in Belgie.* Brussel: Rodin Foundation.

Griffiths M. (1995*). Adolescent gambling.* London: Routledge.

Griffiths M. (2004). *Gry i hazard. Uzależnienia dzieci w okresie dorastania*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Griffiths M. (2009). *Problem gambling in Europe: An overview*. Nottingham: Trent University.

Grinols E. (2004). *Gambling in America*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Gwiazda M. (2011). *Polak w szponach hazardu.* Warszawa: CBOS.

Hipsz N., Badora B., Gwiazda M. (2010). Sposoby spędzania wolnego czasu i zainteresowania młodzieży. *Opinie i diagnozy,* 19, 124-137.

Jacobs D. F. (2000). Juvenile Gambling in North America: An Analysis of Long Term Trends and Future Prospects. *Journal of Gambling Studies,* 16 (2), 119-152.

Kinable M. (2006). *Bevraging van Vlaamse leerlingen in het kader van een Drugbeleid Op School: syntheserapport schooljaar 2004-2005*. Belgium.

Lelonek-Kuleta B., Chwaszcz J. (2011) *Raport z badań w ramach zadania "Przeprowadzenie badania mającego na celu zdiagnozowanie zasobów instytucjonalnych i osobowych z zakresu profilaktyki i udzielania pomocy w zakresie uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego/patologicznego w Polsce*. Lublin: Stowarzyszenie Natanaelum.

Looa J., Raylua N., Oei T. (2008). Gambling among the Chinese: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 28 (7), 1152–1166.

Niewiadomska I., Augustynowicz W., Palacz-Chrisidis A., Bartczuk R. P., Wiechetek M., Chwaszcz J. (2014). *Bateria metod służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem.* Lublin: Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii, Stowarzyszenie NATANAELUM.

Niewiadomska I., Chwaszcz J., Nesterenko A. (2011). Pomoc rodzinom z problemem uzależnienia od środków psychoaktywnych. W*: Duszpasterstwo Rodzin. Refleksja naukowa i działalność pastoralna.* Kamiński R., Pyźlak G., Goleń J. (red.). Lublin, 617-633.

Petry N. M., Armentano Ch., Kuoch T., Norinth T., Smith L. (2003). Gambling Participation and Problems Among South East Asian Refugees to the United States. *Psychiatric Services,* 54 (8), 1142-1148.

Rowicka M. (2015). *Uzależnienia behawioralne*. Warszawa: KBPN, Fundacja Praesterno.

Shaffer H. J, Hall M. N. (1996). Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders: A quantitative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature. *Journal of Gambling Studies*, 12 (2), 193-214.

Sierosławski J. (2011). *Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2011 r. Europejski program badań ankietowych w szkołach ESPAD.* Warszawa: KBds.PN, PARPA.

Stucki S., Rihs-Middel M. (2007). Prevelance of adult problem and pathological gambling between 2000-2005: An update. *Journal of Gambling Studies*, 23 (3), 245-257.

Tavares H., Carneiro E., Sanches M., Pinsky I., Caetano R., Zaleski M., Laranjeira R. (2010). Gambling in Brazil: Lifetime prevalences and socio-demographic correlates. *Psychiatry Research***,** 180 (1), 35–41.

Wardle H., Sproston K., Orford J., Erens B., Griffiths M., Constantine R., Pigott S. (2007). *British Gambling Prevelance Survey 2007*. London: National Center for Social Research.

Welte J. W., Barnes G. M., Wieczorek W. F., Tidwell M.-C. O., Parker J. C. (2002). Gambling participation in the U.S.: Result from a national survey. *Journal of Gambling Studies* 18, 313-337.

Wood R. T., Williams R. J. (2007). Problem gambling on the internet: implications for internet gambling policy in North America. *New Media & Society June 2007* 9 (3), 520-542.

Wysocka E. (2010). *Doświadczanie życia w młodości – problemy, kryzysy i strategie ich rozwiązywania. Próba opisu strukturalno-funkcjonalnego modelu życia preferowanego przez młodzież z perspektywy pedagogiki społecznej.* Katowice: Wydawnictwo UŚ.

Volberg R. A., Bernhard B. (2006). T*he 2006 study of gambling and problem gambling in New Mexico. Report to the Responsible Gaming Association of New Mexico*. Northampton, MA: Gemini Research.

Źródła internetowe:

Pop V. (2014). *Gambling in the EU: A long way from harmonised rules*. https://euobserver.com/economic/123649 (data dostępu: 22.10.2015)

Agnieszka Pisarska

Krzysztof Ostaszewski

Joanna Raduj

Magdalena Wójcik

Hazard w opiniach nastolatków oraz ich rodziców[1]

Abstract

Gambling in youth and parents opinions

The article concerns the opinion of Warsaw school children and their parents about adolescents' problems related to gambling. The research was carried out with qualitative methods. The group interviews were attended by 100 students from Warsaw middle and high schools, while the telephone individual interviews were attended by 40 parents. The following issues were considered in the interviews: prevalence of gambling among teenagers, availability of various forms of gambling, threats to social and health functioning of young people associated with gambling and signs of risk for teenagers. The results of the study became the basis for the formulation of a number of recommendations concerning the prevention of gambling among young people.

1. Uzasadnienie prowadzonych badań

Niektóre gry hazardowe przyciągają uwagę nastolatków. W badaniach zrealizowanych w 2013 roku wśród uczniów szkół warszawskich stwierdzono, że około 50% dzieci/młodzieży uprawiało jakieś formy hazardu kiedykolwiek w życiu (Pisarska i in., 2014). W gry hazardowe grają już uczniowie szkół podstawowych. We wspomnianych badaniach 1/3 szóstoklasistów miała w swoim życiu pojedyncze doświadczenia z hazardem. Wraz z wiekiem nastolatków te odsetki rosną i wśród uczniów ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych ponad połowa badanych potwierdziła, że uprawiała już jakieś formy hazardu. Najbardziej popularną grą losową okazało się Lotto, mniej rozpowszechnione są: gra w karty lub kości na pieniądze oraz korzystanie z automatów do gier hazardowych. Badania te potwierdziły również, że hazard uprawia znacząco więcej chłopców niż dziewcząt. Mianowicie, 41% dziewcząt w wieku 13-19 lat potwierdziło uprawianie hazardu kiedykolwiek w życiu, w przypadku chłopców odsetki te wynosiły 57%. Wyniki wielu badań wskazują jednoznacznie, iż płeć męska zwiększa ryzyko uprawiania problemowego hazardu

[1]Badania zrealizowano w ramach programu Ministra Zdrowia finansowanego ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych.

(Ide-Smith i Lea, 1988; Huxley i Caroll, 1992; Stinchfield, 2000; Griffiths i Wood, 2000; Winters i Anderson, 2000; Olason i in., 2006; Shead i in., 2010; Splevins i in., 2010).

Problemowy hazard dotyczy znacznie mniejszej grupy nastolatków. Dane zebrane w badaniach warszawskich wskazują, że prawie 9% zbadanych nastolatków potwierdzało symptomy problemowego uprawiania hazardu. Problem ten w znacznie większym stopniu dotyczy chłopców (14%) niż dziewcząt (3%) oraz uczniów szkół ponadgimnazjalnych (10%) w porównaniu z gimnazjalistami (5%) (Pisarska i in., 2014). Wyniki innych badań prowadzonych wśród uczniów warszawskich gimnazjów wskazują, że ok. 3% 15-letniej młodzieży miało symptomy problemowego hazardu (Bobrowski, 2013). Podobne wyniki uzyskano wśród młodzieży ze szkół ponadgimnazjalnych województwa lubelskiego, gdzie do grupy ryzyka zakwalifikowano ok. 5%, a do grupy hazardu patologicznego ok. 2% badanej młodzieży (Niewiadomska i in., 2015). Badania światowe sugerują, że problemowy hazard może dotyczyć od 1% do 13% adolescentów (Brezing i in., 2010; Sussman i in., 2011). Tak więc oszacowania skali problemowego hazardu wśród młodzieży szkolnej są zróżnicowane. Jest to efekt stosowania różnych narzędzi do badania zachowań hazardowych młodzieży, a także odmiennych uwarunkowań kulturowych i prawnych w poszczególnych krajach (Sussman i in., 2011).

Problemowe uprawianie hazardu traktowane jest jako jedno z szerokiego spektrum zachowań ryzykownych nastolatków. Próbuje się mu przeciwdziałać ze względu na poważne konsekwencje tego zjawiska. Jednym z warunków skuteczności profilaktyki jest dostosowanie treści i formy programu do możliwości intelektualnych, poznawczych i społecznych odbiorców. Równie ważne jest adresowanie działań do szerszego otoczenia społecznego nastolatków: rodziców, rówieśników, szkoły, środowiska lokalnego (Nation i in., 2003). Dlatego istotne jest zbadanie, jak ta problematyka jest postrzegana przez potencjalnych odbiorców działań profilaktycznych. Nasze badania służą przede wszystkim celom aplikacyjnym. Stanowią źródło wiedzy dla autorów programów profilaktycznych opartych na podstawach naukowych. Ich celem było poznanie opinii uczniów szkół warszawskich oraz ich rodziców na temat problemów związanych z uprawianiem hazardu przez młodzież. Szczegółowe pytania dotyczyły takich kwestii, jak:

- rozpowszechnienie gier hazardowych wśród młodzieży w wieku szkolnym,
- dostępność różnych form hazardu dla młodzieży,
- zagrożenia dla funkcjonowania społecznego oraz zdrowia dzieci i młodzieży,
- sygnały świadczące o zagrożeniu nastolatka.

2. Metodologia prowadzonych badań

Uczestnicy. W wywiadach grupowych uczestniczyli uczniowie z warszawskich gimnazjów oraz szkół ponadgimnazjalnych wszystkich typów, tj. liceów, techników i szkół zawodowych. Przeprowadzono 12 takich wywiadów, w których wzięło udział 100 uczniów, w tym 45 dziewcząt i 55 chłopców. W telefonicznych wywiadach indywidualnych wzięło udział 40 rodziców, w tym 37 kobiet i 3 mężczyzn. Wszystkie wywiady zostały przeprowadzone przez osoby z zespołu badawczego Pracowni „Pro-M" z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Uczestnicy wywiadów byli dobierani w sposób celowy. Do udziału w wywiadach grupowych zapraszani byli uczniowie biorący udział w audytoryjnych badaniach ankietowych. Rodzice – uczestnicy wywiadów indywidualnych – byli zapraszani do udziału w badaniach w czasie zebrań szkolnych dla rodziców, tzw. wywiadówek.

Sposób analizy danych jakościowych. Analiza treści wywiadów grupowych i indywidualnych prowadzona była przez trzech niezależnych sędziów kompetentnych. Analiza z perspektywy różnych osób sprzyja lepszemu zrozumieniu złożoności badanego problemu (Malterud, 2001). Analizy prowadzone były metodą „analizy tematycznej" (ang. *thematic analysis*). Metoda ta polega na identyfikowaniu tematów pojawiających się w wypowiedziach rozmówców, a następnie na porządkowaniu treści wypowiedzi według tych tematów (Aronson, 1994; Stemplewska-Żakowicz, 2005). W pierwszej fazie analizy dokonano wyboru wypowiedzi rozmówców i przyporządkowaniu ich do ogólnych kategorii, które były zarazem głównymi tematami wywiadów. W drugiej fazie analizy sędziowie kompetentni identyfikowali wspólnie, jakie subkategorie (tematy) można wyłonić wewnątrz ogólnych kategorii. Dokonano również wyboru cytatów, które zostały wykorzystane do zilustrowania opinii i spostrzeżeń uczestników. W trzeciej fazie dokonano ostatecznej weryfikacji ustalonych kategorii oraz wybranych cytatów. W celu poprawy zrozumiałości usunięto z cytatów fragmenty nie odnoszące się do danej kategorii, powtórzenia oraz frazy w rodzaju „jak gdyby" lub „że tak powiem". Większe usunięte fragmenty zaznaczone są [kwadratowymi nawiasami]. Zastosowano odpowiednią interpunkcję oraz wprowadzono drobne poprawki stylistyczne lub wyjaśnienia zamieszczone również w kwadratowych nawiasach. Starano się jednak wprowadzać jak najmniej zmian tak, by nie zmieniać pierwotnego sensu wypowiedzi rozmówców.

3. Wyniki przeprowadzonych badań

3.1. Rezultaty dotyczące rozpowszechnienia hazardu wśród młodzieży

Uczniowie. Opinie uczniów na temat skali rozpowszechnienia hazardu wśród młodzieży były podzielone. Niektórzy z badanych nastolatków twierdzili, że nie zetknęli się z tym problemem wśród swoich rówieśników: *Ja w ogóle nie znam nikogo, kto by grał jakoś tak często i jeszcze miał jakiś problem* (Ch.LO)[2]. Inni słyszeli o nastolatkach grających w gry hazardowe, ale oceniali, że problem nie jest powszechny: *U nas jedna osoba miała styczność z taką osobą, nie, dwiema osobami uzależnionymi. To nie jest chyba taki duży problem* (Ch.LO). Niektórzy z uczniów potwierdzali jednak, że ich rówieśnicy uprawiają hazard, przy czym liczba takich osób wahała się od 2 do 50: *Dwie* [osoby]. *W każdej klasie się trafi*. (Dz.ZSZ). *Ja znam około 40-50 osób, które w hazardzie siedzą* (Dz.LO). Uczestnicy jednej z grup przytoczyli przykład uczniów z własnej klasy grających na terenie szkoły w pokera na pieniądze: *Są osoby, które grają kilka godzin dziennie i są osoby, które raz na pół roku* (Ch.LO). Pojawiła się także opinia, że hazard nie stanowi istotnego problemu, szczególnie w porównaniu z innymi zachowaniami problemowymi młodzieży takimi, jak używanie substancji psychoaktywnych: *Wydaje mi się, że nie, że to nie jest tak duży problem, jak na przykład alkohol…* (Dz.LO).

W opinii uczniów najbardziej rozpowszechnione są automaty do gier, głównie tzw. „jednoręki bandyta". *Maszyny są najbardziej popularne* (Ch.Tech.). W opisie jednej z dziewcząt gra polega na tym: *Żeby pieniądze się zwróciły. Kilka obrazków albo cyferek, żeby były takie same i wypada wtedy większa ilość pieniędzy* (Dz.LO). W automaty grają zarówno chłopcy jak i dziewczęta: *A na automaty chodzą też dziewczyny* (Dz.Tech.). Młodzi ludzie obstawiają także zakłady bukmacherskie. Ta forma jest szczególnie popularna wśród nastolatków, którzy interesują się sportem: *Zakłady, obstawiają różne rzeczy. Na przykład wyniki meczów* (Dz.Gm). Jeden z uczestników – uczeń technikum – podzielił się w trakcie wywiadu własnymi kilkuletnimi doświadczeniami: *Ja w zakładach bukmacherskich gram od 13. roku życia.* […] *czasami było tak, że codziennie byłem w bukmacherce* (Ch.Tech.). Jako powszechną wśród nastolatków formę hazardu uczniowie wymienili również grę w Lotto. Niektórzy potwierdzali, że sami kupują czasem kupony tej gry. Młodzi ludzie grają także

[2] Oznaczenia cytatów zaczerpniętych z wypowiedzi uczniów: Dz. – dziewczyna, Ch. – chłopiec, Gm – uczeń gimnazjum, LO – uczeń liceum, Tech. – uczeń technikum, ZSZ – uczeń szkoły zawodowej. W przypadku rodziców cytaty oznaczono: M – matka, O – ojciec + typ szkoły, do której uczęszcza dziecko o którym głównie rozmawiano podczas wywiadu .

w Lotto razem z członkami rodziny: *Ja sobie kiedyś kupiłem z całą rodziną, z mamą i siostrą trzy losy, po jednym dla każdego. I jeden los trafił trójkę, z czego było 18 złotych* (Ch.LO). Wymienianą formą hazardu uprawianą przez młodzież były też tzw. „zdrapki": *Zdrapka to jest chyba najwięcej, najbardziej, co nastolatek zrobi* (Ch.Gm). Jak już wspomniano wyżej, młodzież gra w również pokera, także na pieniądze. Stawki w tej grze są zróżnicowane, zależnie od zasobów finansowych graczy oraz stopnia zaangażowania w grę. Uczestnicy jednej z grup, którzy jako przykład uprawiania hazardu przez młodzież opisali pokerzystów ze swojej klasy, relacjonowali, że pula wygranej podczas tych rozgrywek może wynosić od 1 do 2 tysięcy złotych: *Po wielu rozdaniach dochodzi do takich sum* [1-2 tys. złotych]. *Jak grają na przykład dwie godziny* […], *to wtedy można około 1 tys. złotych najwięcej* (Ch.LO). Młodzież uprawia ponadto hazard przez Internet, można obstawiać tam wyniki zawodów sportowych oraz wydarzeń politycznych i grać w pokera lub w ruletkę: *Takie zakłady przez Internet też, stawiają kwotę na wygraną drużyny czy na wynik. I jak się sprawdzi ich prognoza, to dostają za to jakąś tam ilość pieniędzy* (Ch.Gm). *No jest poker, wszystko jest. Jest ruletka, wszystko, to, co tylko się potrzebuje* (Ch.LO). Uczestnicy wywiadów wymienili także zakłady o wynik dowolnych zdarzeń. Wygraną są niewielkie kwoty pieniędzy, alkohol lub tzw. „przekonanie": *Założyć się można praktycznie o wszystko* (Ch.LO). [Prowadzący: Jaka jest stawka?] *O przekonanie, ale jeżeli osoby mają odpowiednie zacięcie, mogą się o coś założyć* (Ch.LO). Zdaniem uczniów najmniej powszechną wśród młodzieży formą hazardu jest udział w konkursach opłacanych przez telefon.

Rodzice. Większość rodziców uczestniczących w wywiadach indywidualnych twierdziła, że nie zetknęła się z informacjami o problemie uprawiani hazardu wśród młodzieży: *Ja nie* [słyszałam] *i wydaje się, że moje dzieci też nie. Nie wiemy, na* [czym] *ma ten hazard polegać. Ale jeżeli chodzi o pieniądze, to mają tak niskie kieszonkowe, że nie wiem, czy w ogóle* [to możliwe] (M.SP). Jedna z rozmówczyń podkreśliła, że dowiaduje się o tym problemie właśnie podczas wywiadu: *Właściwie pierwsze słyszę teraz, że mogłaby młodzież* [mieć ten problem] (M.SP). Część rozmówców oceniła (bądź wyraziła nadzieję), że problem uprawiania hazardu przez młodzież nie jest powszechny: *Mam nadzieję, że nie jest to bardzo powszechne* (M.SP). Część rodziców była jednak zdania, że hazard wśród młodzieży jest rozpowszechniony. Przy czym w opinii niektórych z nich problem dotyczy głównie chłopców: *To głównie chłopcy, wciągnęli się w jakieś gry, które wymagają kupowania przez SMS-y i nie tylko, jakichś dodatkowych opcji, dodatkowych funkcji. I to już zaczęło być, no, mocno… kosztowne* (M.SP). Gra w pokera o wysokie stawki, o której mówili uczniowie

z jednej ze szkół, pojawiła się również w wypowiedziach rodziców tych nastolatków. Rozmówczynie – trzy matki – wiedziały o tym problemie z informacji uzyskanych podczas zebrań w szkole oraz od swoich dzieci. Co interesujące, dwie z rozmówczyń uważały, że problem jest poważny, natomiast jedna uznała, że nie jest zbyt poważny. Ilustrują to poniższe cytaty: *To była sprawa wielokrotnie poruszana na zebraniach z rodzicami. Rodzice mają tego świadomość. No i ten wiek, ja mówię o roczniku starszego dziecka, 17 lat. Ponieważ młodzież czasami się nudzi (z tego, co zrozumiałam z opowiadania syna), więc wykształciły się dwie grupy, mówię o klasie. Jedna grupa, niehazardowa, grająca w brydża, bo teraz karty są w tym wieku modne. A druga, niestety, grupa grająca w pokera i to niestety, ale na pieniądze. Niektórzy koledzy wpędzili się w problemy finansowe z powodu gry w pokera. Mają już spore długi, rzędu tysięcy złotych. Tak, że jest to duży problem* (MLO). Z wypowiedzi tej rozmówczyni wynikało także, iż personel szkoły nie podejmuje wystarczających interwencji wobec uczniów grających w pokera podczas lekcji. Wypowiedź innej matki była podobna. Podkreśliła, że problem hazardu dotyczy przede wszystkim chłopców: *Moja córka powiedziała, że koledzy w klasie, w szkole, że, grają – zaraz, w co oni grają… w pokera na pieniądze. Nawet spore pieniądze, dotyczyło to sporej liczby chłopców. Bo dziewczynki nie brały w tym udziału. Ale mówię chyba, bo nie wiem, ona* [córka] *powiedziała, że raz zagrała, ale za bardzo się denerwowała i stwierdziła, że jej się to nie podoba* (M.LO). Jak już zaznaczono, trzecia z tych rozmówczyń wiedziała o tym, że koledzy jej córki z klasy grają w karty na pieniądze, ale według jej wiedzy problem nie jest poważny: *W szkole chłopcy grają często na jakieś pieniądze, opowiadała mi córka. Ale to chyba są drobne sumy, takie symboliczne. I nigdy nie słyszałam, żeby z tego coś wynikało* (M.LO).

3.2. Ocena dostępności gier hazardowych dla młodzieży

Uczniowie. Dostępność hazardu dla młodzieży zależy od form gry. Łatwy, zdaniem uczniów, jest dostęp do automatów. Tak zwane „hot spoty" znajdują się bowiem w wielu punktach miasta, a ponadto są otwarte przez całą dobę. Przede wszystkim jednak prawo zakazujące dostępu do automatów dla osób poniżej 18. roku życia nie zawsze jest przestrzegane: *No, to zależy też od miejsca. Sprawdzają czasem* [wiek grającego], *ale czasem po prostu olewają to wszystko i nie sprawdzają* (Ch. LO). Z drugiej jednak strony zdarza się, że zakaz ten jest przestrzegany, o czym przekonał się jeden z uczestników: *Kiedyś z kolegą, tak dla śmiechu, podszedłem do automatu… Podszedłem, i pani mi od razu zwróciła uwagę, że to nie jest dla osób poniżej 18. roku życia* (Ch. LO). Trudniej dostępne są zakłady bukmacherskie, ponieważ młodzi ludzie są legitymowani w punktach STS: [Zakłady

bukmacherskie] *To już może być trochę większy problem. Bo to jest dozwolone od 18. roku życia. I jeżeli nie wygląda się na osobę powyżej 18. roku życia, to mogą od nas zażądać dowodu…* (Ch. LO). W przypadku oceny dostępności do takich form hazardu jak Lotto czy zdrapki, zdania uczniów były podzielone. Niektórzy z uczestników uważali, że nastolatek może bez trudu obstawić zakłady Lotto lub kupić zdrapkę, inni sądzili, że możliwości osób niepełnoletnich są tu ograniczone. Uczniowie byli zgodni, że nawet jeśli nastolatkowi uda się kupić los, to w przypadku wygranej nie będzie mógł odebrać pieniędzy: *Bo można kupić los nie mając 18 lat, ale nie można odebrać wygranej* (Ch. Tech). Powoływano się przy tym na doświadczenia rówieśników: *Moja koleżanka kiedyś była i sprzedali jej* [zdrapkę]. *A później jak wygrała 50 złotych, to jej nie chcieli dać pieniędzy* (Dz. Gm). W opinii części młodych uczestników badań nieograniczony jest dostęp do hazardu w Internecie: *Znaczy jest łatwy w Internecie. Bo możesz zaznaczyć, że masz te 18 lat, bla, bla, bla* (Ch. Tech). Inni byli zdania, że dostęp do gier hazardowych przez Internet jest jednak trudny, ponieważ przed przystąpieniem do gry trzeba się wylegitymować lub podać numer karty płatniczej: *Ja się nie zgadzam, że z Internetu można łatwo grać w takie gry. Bo trzeba podać numer karty bankowej, bądź też dowodu osobistego. Nawet jakby się podwędziło mamie, to numeru karty bankowej przecież nie podam* (Ch.LO). Zdaniem naszych młodych rozmówców najłatwiejszy jest dostęp do pokera, gra nie wymaga bowiem ani sprzętu, ani specjalnego miejsca: *Wystarczy przyjść do znajomego z talią kart i powiedzieć: ja mam 5 złotych, ty masz 5 złotych, możemy się założyć* (Ch.LO). Do gry w pokera nie jest również potrzebna gotówka, wyniki można zanotować i dokonać rozliczeń później: *Nawet pieniędzy nie trzeba mieć, można notować* (Ch.LO). Niedostępne dla młodzieży są jedynie kasyna: *Jedyne, gdzie nie można iść, to kasyno* (Ch. Gm).

Rodzice. Jak już wspomniano większość rodziców, z którymi rozmawiano, nie zetknęła się z problemem hazardu wśród młodzieży. Niektórzy z dorosłych rozmówców nie potrafili więc ocenić, czy dostęp do gier hazardowych jest dla młodzieży łatwy czy trudny *Mi się wydaje, że jest trudne, chociaż nie wiem. W Internecie, czy… no trudno mi jest cokolwiek… no nie wiem, nie miałam nigdy z tym styczności* (M.Tech). Niektórzy z rodziców byli zdania, że dostęp do hazardu jest dla młodzieży trudny. Ograniczenia dla osób nieletnich są bowiem przestrzegane: *Wiem, że zakłady bukmacherskie czy chociażby na wyścigach konnych, to tam jest limit wiekowy. I na pewno jest to przestrzegane, żeby jednak dzieci nie robiły tych zakładów. Znaczy, mam taką nadzieję, że jest przestrzegane* (M.SP). Podawano także przykłady egzekwowania prawa. Mianowicie, mąż jednej rozmówczyń wysłał syna, by

ten wykupił zakład Lotto, sprzedawczyni odmówiła jednak przyjęcia kuponu: *Małżonek wysłał syna, ale Pani odmówiła przyjęcia kuponu. To mi się wydaje, że było w porządku. Jeżeli sprzedawca jest solidny, to mi się wydaje, że nie powinny takie rzeczy mieć miejsca* (M.LO). Część z rodziców uznała jednak, że młodzież ma łatwy dostęp do gier hazardowych. Szczególnie łatwo dostępne są takie formy hazardu jak automaty do gier oraz zakłady bukmacherskie: *Myślę, że jest łatwy, jest dużo tych automatów, takich rzeczy. Nie jest trudno* (M.LO). *Wiem, że młodzież obstawia wyniki meczy. Stawia jakąś kwotę pieniędzy na jakiś wynik meczu* (M.Gm). Zdaniem jednej z rozmówczyń łatwo dostępne dla młodzieży są losy „zdrapki": *Pseudohazardem albo wstępem do hazardu można nazwać kupowanie zdrapek, w niemalże nieograniczonej ilości.* […] *To wiem, że dzieciaki w takie rzeczy grają*. (M.SP). Część z rodziców uznała, że dla młodzieży bardzo łatwy jest dostęp do hazardu przez Internet: *No, myślę, że teraz przez Internet to bardzo łatwy, prawda*? (M.Tech). W Internecie można bowiem bez trudu ukryć własny wiek: *Internetowo to wystarczy kliknąć: mam powyżej 18 lat i się wchodzi. Nie jest to żadne zabezpieczenie, moim zdaniem. Tak samo jak wymyśla się jakiś pesel, w którym podwyższa się tylko pierwsze dwie cyferki, i też się wchodzi chyba. Myślę, że to jest łatwe* (M.SP). Ponadto, zdaniem rodziców, młodzi ludzie potrafią obchodzić rozmaite zabezpieczenia: *Podejrzewam, że jak do wszystkiego*, [dostęp] *jest dosyć łatwy. Bo człowiek z głową na karku, a młodzi ludzie są z głową na karku, potrafi obejść pewne zabezpieczenia* (O.SP). W opinii niektórych z rodziców, łatwy dostęp do gier hazardowych jest wynikiem zabiegów ich dystrybutorów, którym zależy na jak największej liczbie klientów: *Tylko trzeba mieć pieniążki, żeby grać. Jeżeli dzieci mają pieniążki, to myślę, że nikt im nie utrudnia wejście, wręcz się jest pożądanym* (M.LO).

3.3. Zagrożenia związane z uprawianiem hazardu przez młodzież

Uczniowie. W opinii uczniów uprawianie hazardu przez nastolatka może prowadzić do uzależnienia: *Na samym początku to jest „zagram sobie, co mi szkodzi". I w końcu nie dostrzega się tego, że gra się coraz częściej i coraz częściej. I jak przegra, to się bardziej denerwuje. I jest z dnia na dzień coraz gorzej* (Ch.Tech). Uprawianie hazardu wiąże się także ze stratami finansowymi: *Po pierwsze, właśnie jakieś uzależnienia, problemy finansowe…* (Ch.Tech). Uczniowie biorący udział w wywiadach wymienili także problemy prawne wynikające z uprawiania hazardu przez Internet w przypadku nastolatków, którzy nie dbają o własne bezpieczeństwo w sieci: *Zazwyczaj są regulaminy na takich serwisach i młodzi ludzie,* […] *przybijają „akceptuj". I tyle. I nawet nie przeczytają tego. Nie wiadomo, z czym to się wiąże. I mogą w coś wpaść, co prawnie może im uniemożliwić, albo utrudnić wyjście z tego*

(Ch.Tech). W opinii najmłodszych uczestników wywiadów, czyli uczniów gimnazjów, hazard nie stanowi zagrożenia dla typowych nastolatków, czyli takich, którzy nie mają bogatych rodziców: *Typowy nastolatek nie ma tyle pieniędzy, żeby na to wydawać* (Ch.Gm). Zdania starszych uczniów były podzielone, część uznała, że hazard nie jest zagrożeniem dla nastolatków, ponieważ nie zetknęli się z młodymi hazardzistami. Wśród uczniowi szkół ponadgimnazjalnych były także osoby, które znały młodych ludzi z symptomami problemowego hazardu: *No, może* [stać się problemem nastolatka]. *Z tego, co ja widziałem po moich znajomych, to każda złotówka* [jest przeznacza na grę]. *Wyciągał ode mnie gość złotówkę, po prostu jedną złotówkę, żeby pójść i zagrać* (Ch.LO).

Rodzice. Wśród zagrożeń związanych z uprawianiem przez młodzież hazardu dorośli rozmówcy wymienili problemy ze zdrowiem psychicznym, w tym uzależnienie: *Uzależnienie, przede wszystkim. W momencie, kiedy te dzieci nawet nie zdążą* [sobie] *zdać sprawy z tego, że są uzależnione* (M.LO). Rodzice opisywali także zachowania nastolatków, które mogą świadczyć o uzależnieniu od gier hazardowych. Wymieniono takie symptomy, jak przeznaczanie zbyt dużej ilości czasu na hazard: *Poświęcanie czasu, myślenie o tym, dostosowywanie swego życia do uprawiania tego hazardu. I to jest uzależnienie* (…) *jak każde inne uzależnienie* (M.LO). Opisywano też silne pragnienie lub przymus grania: *Taki brak opamiętania, tak? Że jak się wciąga, to już później raz wygrywa, raz wygrywa. A później może się stać tak, że przegrywa* (M.SP). Rodzice mówili również o ponawianych próbach odegrania utraconych pieniędzy: *Próbują się, moim zdaniem, odegrać, bo jeżeli ja słyszałam, kwotę dwóch tysięcy, że ktoś jest zadłużony, czy cztery tysiące, to znaczy, że nie został ograniczony* [jego dostęp do gry po przegranej] (M.LO). Wśród innych niż uzależnienie problemów zdrowia psychicznego związanych z uprawianiem hazardu, rodzice wymieniali depresję i skłonności samobójcze: *Wiem, że to po prostu jest bardzo niszczące i może doprowadzić naprawdę do poważnych spraw, łącznie z depresjami i próbami samobójczymi* (M.LO). Zdaniem rodziców uprawianie przez młodzież hazardu niesie ze sobą zagrożenia dla funkcjonowania społecznego nastolatków, prowadzić może bowiem do osłabienia lub wręcz zerwania więzi rodzinnych: *No i to potem wszystko traci, człowiek traci, kasę traci, traci jakieś potem więzi rodzinne* (M.SP). Jedna z rozmówczyń, szczególnie zaniepokojona grą w pokera na pieniądze w klasie jej syna, zwróciła także uwagę na to, że hazard, poza przykrymi skutkami finansowymi dla graczy, ma negatywne konsekwencje dla klimatu społecznego klasy. Gra doprowadziła bowiem do wytworzenia w klasie podziału na dwie grupy: *Na tych, którzy nie chcą grać* [w pokera na pieniądze] *i* [dostają] *komentarze: „bo was nie stać, wy*

jesteście ci gorsi". I na tych, którzy grają w pokera, że to są hazardziści, coś z nimi jest nie tak (M.LO). Rodzice wymieniali również zagrożenia związane z finansami, utratę pieniędzy oraz zadłużenie: *No, przede wszystkim, traci całą masę pieniędzy. I to zazwyczaj pieniądze rodziców, a nie swoje przecież* (M.LO). *Zadłużone są dzieci, na bardzo duże kwoty pieniążków, liczymy to w setkach, a nie w dziesiątkach, czy groszach, czy złotówkach* (M.LO). Potrzeba zdobywania funduszy na hazard może prowadzić także do problemów prawnych. Rodzice mówili o kradzieżach, zdobywaniu pieniędzy z niepożądanych źródeł oraz kontaktach ze światem przestępczym. Ilustrują to następujące cytaty: *Dzieci, wiadomo, że mają zawsze mniej pieniędzy, no, ale to może spowodować, że dziecko zacznie kraść* (M.LO). *Prawdopodobnie wpędza w jakieś kłopoty finansowo… finansowe z pewnością. Ale też i może prowadzić do innych zachowań, które są niewskazane, tak, żeby pozyskać pieniądze na gry, czy na długi* (M.LO). *Może wejść w jakieś towarzystwo przestępcze, bo trzeba skądś pieniądze zdobyć. Może w ten sposób się uzależnić od środowisk, z którymi byśmy nie chcieli mieć kontaktu* (M.LO). W wywiadach z rodzicami zwrócono także uwagę na zagrożenia dla rozwoju moralnego młodych ludzi. Rozmówczyni, której córka uczęszcza do klasy, w której uczniowie grają w pokera na pieniądze, mówiła o swoich wątpliwościach związanych z korzystaniem z pieniędzy wygranych przez kolegę w karty*: Ale sama byłam świadkiem, jak córka powiedziała, że właśnie poszła z kolegą do jakiejś restauracji, bo mieli dużo pieniążków, bo ten kolega tego dnia wygrał, no i on jej fundował. Czy korzystanie z tego* [wygranych pieniędzy] *jest dobre, czy nie, no to mogę dyskutować z dzieckiem, tłumaczyć mu. Natomiast nie uchronię jej przed wszystkim* (M.LO).

3.4. Opinie o sygnałach wskazujących, że nastolatek uprawia hazard problemowo

Uczniowie. Sygnałem ostrzegawczym, który może wskazywać, że nastolatek ma problem z hazardem jest silne pragnienie lub uczucie przymusu uprawiania hazardu: [Problem z hazardem przejawia się] *No, taką jakby niemocą, niemożnością, jak to nazwać, wyjścia z tego* (Ch. Tech.). Młodzi uczestnicy wywiadów wymienili też przeznaczanie zbyt dużej ilości czasu na gry: *Spędza cały dzień przy tym hazardzie* (Dz.Gm). *Ciągłe granie w pokera* (Ch.LO). Opisywano także wybuchy agresji w przypadku przegranej: *Jak to przegrasz, to może zdarzyć się tak, że maszyna wyleci przez okno* (M.Tech). Ponadto, zdaniem młodzieży sygnałem wskazującym na problem są ponawiane próby odegrania straconych pieniędzy: *Kiedy bierze się kolejne pieniądze od rodziców, albo od kogoś i ciągle się przegrywa, i ciągle próbuje się wygrać* (Dz.LO). Sygnałem ostrzegawczym są także problemy w relacjach z otoczeniem oraz zaniedbywanie obowiązków: *Wtedy, kiedy zaczyna to mieć jakiś realny*

wpływ na nasze życie prywatne, w kontaktach ze znajomymi i na sytuację finansową (M. Tech.). *Zaniedbuje inne obowiązki* (Dz.LO). Młodzież uczestnicząca w wywiadach wymieniła także utratę kontroli nad sumami pieniędzy przeznaczanych na grę oraz zaciąganie długów: *Że pieniądze, które zarabia, zdobywa czy jakkolwiek inaczej otrzymuje, wszystkie, no prawie wszystkie przeznacza na hazard* (M. LO).

Rodzice. W odpowiedzi na pytanie o sygnały ostrzegawcze, niektórzy z rodziców podkreślali, że nie mogą wypowiedzieć się w tej kwestii: *Nie, nic na ten temat nie wiem. Nie interesowałam się tym, nie znam nikogo takiego w moim otoczeniu* (M.LO). Rodzice zorientowani w problematyce wymieniali zmiany w zachowaniu, wskazujące na wahania nastroju oraz pobudzenie, agresję bądź lęk, które mogą świadczyć o dużym stresie: *Mogłoby się zmieniać zachowanie, że dziecko jest albo nadpobudliwe, albo* (…) *jest przygnębione i ciche,* [to znaczy, że] *ma jakiś tam problem* (M.SP). *Na pewno nerwowość jakaś, potrzeba uzyskania pieniędzy, awantury z tego powodu…*(M.LO). Wskazywano także na symptomy uzależnienia takie, jak przymus grania: *Kiedy dziecko nie umiałoby sobie odmówić, żeby kupić ten los. Że muszę, „mama, daj mi pieniądze, bo ja muszę to kupić. Bo muszę sprawdzić, czy wygram". To już byłoby dla mnie, takim sygnałem, że nie potrafi odpuścić, że tak mu zależy, że coś jest nie tak* (M.SP). Rodziców zaniepokoiłyby również próby odegrania straconych pieniędzy: *I stawałaby się zła, czy niezadowolona bardzo, gdyby nie udało jej się wygrać i próbowałaby kolejny raz. No, to chyba byłby ten moment, kiedy trzeba by było już się zainteresować bardziej* (M.SP).

W opinii rodziców o zagrożeniu dziecka – choć zapewne nie tylko hazardem – może świadczyć ukrywanie treści rozmów ze znajomymi: *Gdyby ktoś do nich przychodził, i oni by bardzo starali się, żebym ja nie słyszała, co mówią, o czym rozmawiają* (M.LO). Sygnałem ostrzegawczym są dla rodziców także długie nieobecności nastolatka w domu: *Jakaś absencja w domu. Dłuższe znikanie dziecka* (M.Gm).

Poza problemami w relacjach w rodzicami dorośli rozmówcy wymieniali niepokojące sygnały związane z funkcjonowaniem dziecka w szkole: *Jak bym wiedziała, że do szkoły nie chodzi, zaczęłabym drążyć temat. Może bym się zorientowała dopiero po tym, że nie był w szkole, jakieś tłumaczenie mętne, gdzie byłeś, co robiłeś* (M.SP).

Najwięcej wypowiedzi rodziców dotyczyło sygnałów wskazujących na problemy finansowe. Wymieniano zwiększone zapotrzebowanie na pieniądze: *Potrzeba pieniądza, tak? Jak ktoś jest uzależniony, to musi mieć pieniądze, żeby je wrzucić tam, do tej skrzynki* (M.Tech). Sygnałem ostrzegawczym byłoby także ukrywanie na co przeznaczane są

pieniądze otrzymane przez rodziców: *Kiedy chciałby ode mnie pieniądze na nie wiadomo co, jak by się plątał z wytłumaczeniem* (MSP). Rodzice mówili też o kradzieżach gotówki i wartościowych rzeczy z domu*: Ja bym na pewno zwróciła uwagę gdyby coś ginęło z domu* […] *albo gdyby zaczęły znikać nam pieniądze, które są w domu. Czy jakieś rzeczy kosztowne, które by znikały – to myślę, że to by mogło świadczyć o niebezpieczeństwie: albo o narkotykach, albo o hazardzie. To jest taki pierwszy sygnał, bo to pochłania jednak pieniądze* (M.LO). Kolejnym wymienionym podczas wywiadów z rodzicami sygnałem ostrzegawczym było przeznaczanie na hazard pieniędzy otrzymanych od rodziny na inne cele: *Mówiłby, że potrzebuje np. na ubrania, które ubóstwia. A jednak by ich nie kupował* (M.LO). Rodziców zaniepokoiłby także wydawanie wszystkich oszczędności lub sprzedaż własnych rzeczy. *Albo znikałyby jego oszczędności, to wtedy bym się zaniepokoiła* (M.SP). *Albo czegoś by nie miał, ulubionej gry, czy roweru* (M.Gm.). Wreszcie, jako sygnał ostrzegawczy rodzice wymienili posiadanie przez nastolatka pieniędzy z nieznanego źródła oraz rzeczy kupionych bez wiedzy rodziców: *Gdybym zobaczyła, że jakieś ...pieniądze się pojawiają nie wiadomo skąd* (M.SP). *Albo bym zobaczyła jakieś drogie rzeczy u niego, za które ja nie zapłaciłam i nie miałabym* [o nich] *pojęcia* (M.LO).

4. Wnioski wynikające z przeprowadzonych badań

Wniosek 1.: Wypowiedzi uczniów oraz rodziców wskazują, że uprawianie hazardu nie jest postrzegane jako problem znacznie rozpowszechniony wśród nastolatków. Niektórzy z młodych uczestników wywiadów, zwłaszcza gimnazjaliści, podkreślali, że wśród ich znajomych nie ma osób uprawiających hazard w sposób problemowy. Co ciekawe, niektórzy z rodziców w ogóle nie wiedzieli, że hazard może dotyczyć nastolatków. Nie potrafili więc oszacować rozpowszechnienia tego problemu ani ocenić, czy gry hazardowe są dostępne dla młodzieży. W jednym przypadku okazało się, że rozmówczyni dowiedziała się o istnieniu tego problemu wśród nastolatków dopiero podczas prowadzonego z nią wywiadu. W opinii zarówno nastoletnich, jak i dorosłych uczestników badań, niewielkie rozpowszechnienie hazardu wśród młodzieży wynika z ograniczonej, przynajmniej do niektórych form dostępności hazardu dla młodzieży. Ponadto, jest to zajęcie dla osób dysponujących odpowiednimi funduszami, którymi młodzi ludzie zazwyczaj nie dysponują. Opinię tę potwierdzają wyniki badań, w których stwierdzono, że istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju problemu z hazardem jest dysponowanie przez nastolatka znacznymi sumami własnych pieniędzy (Ide-Smith i in., 1988). Oceny naszych rozmówców są zgodne z wynikami badań

dotyczących rozpowszechnienia tego zjawiska. Doświadczenia z hazardem miała około połowa uczniów szkół warszawskich, znacznie mniej respondentów, bo około 9% uzyskało w badaniach ankietowych wyniki, które mogą wskazywać na to, że hazard w ich przypadku stał się problemem (Pisarska i in., 2014).

Wniosek 2.: Wypowiedzi uczniów oraz rodziców na temat gier hazardowych dostępnych dla młodzieży także okazały się zgodne z wynikami badań ankietowych (Bobrowski 2012, Pisarska i in., 2014). Nasi rozmówcy wymieniali automaty do gier, Lotto i losy „zdrapki", zakłady bukmacherskie, grę w pokera oraz gry hazardowe w Internecie. Przy czym najłatwiej dostępne są automaty, ponieważ prawo zakazujące dostępu do tych gier nieletnim nie zawsze jest przestrzegane. Łatwo dostępne jest także Lotto i losy „zdrapki", choć jak podkreślali uczniowie, niepełnoletnia młodzież nie może samodzielnie odebrać wygranej. Poker z kolei nie wymaga wyrafinowanego sprzętu, szczególnego miejsca ani nawet gotówki, ponieważ rezultaty gry można zanotować, a przegrane pieniądze zwrócić później. Rodzice i uczniowie uważali, iż łatwy jest też dostęp do hazardu przez Internet, ponieważ trudno jest tam zweryfikować rzeczywisty wiek gracza.

Wniosek 3.: Lotto jest formą hazardu, którą młodzież uprawia wraz z członkami rodziny. Warto więc w tym miejscu przypomnieć, że czynnikami ryzyka związanymi z rodziną jest zachęcanie przez rodziców do grania i/lub aktywne uczestniczenie w grach na pieniądze w okresie dzieciństwa, hazard w towarzystwie rodziców lub dziadków oraz milczące przyzwolenie ze strony rodziców na granie na pieniądze w gronie rówieśników (Griffiths i Wood, 2000; Olason i in., 2006; Brezing i in., 2010; Badora, 2012).

Wniosek 4.: Informacje uzyskane od rodziców i uczniów wskazują, że hazard może stać się zagrożeniem dla młodzieży szkolnej, czego przykładem są uczniowie grający w szkole w pokera o wysokie stawki. Modelowanie zachowań hazardowych przez kolegów ze szkoły jest czynnikiem ryzyka, młodzież bowiem często rozpoczyna uprawianie hazardu pod wpływem rówieśników (Langhinrichsen-Rohling, 2004). Ponadto, czynnikiem ryzyka jest spostrzeganie dużego rozpowszechnienia hazardu wśród znajomych oraz aprobaty rówieśników dla tego rodzaju aktywności (Neighbors, 2007; DiCicco-Bloom i Romer, 2012).

Wniosek 5.: Rodzice w porównaniu z młodzieżą dysponują większą wiedzą na temat zagrożeń związanych z uprawieniem hazardu. Zarówno młodzi, jak i dorośli uczestnicy badań

wymieniali uzależnienie oraz opisywali jego symptomy takie, jak silne pragnieniem lub przymus grania oraz ponawiane próby odegrania utraconych pieniędzy. Dorośli rozmówcy wskazywali także na zagrożenia dla zdrowia psychicznego, np. depresja i skłonności samobójcze. Ponadto, mówiono o zagrożeniach związanych z funkcjonowaniem społecznym oraz problemach prawnych, przy czym dorośli uczestnicy wymieniali kradzieże, pozyskiwanie pieniędzy z niepożądanych źródeł oraz kontakty ze światem przestępczym.

Wniosek 6.: Uczniowie z kolei wskazywali na związki pomiędzy hazardem a innymi zachowaniami problemowymi nastolatków, na przykład używanie substancji psychoaktywnych. Spostrzeżenia nastolatków pokrywają się z wynikami wielu badań – czynnikiem ryzyka problemowego hazardu u młodzieży jest sięganie po substancje psychoaktywne oraz uzależnienie od tych substancji (Ellenborgen i in., 2007; Langewisch i in., 1998; Olason i in., 2006; Blinn-Pike i in., 2010; Brunelle i in., 2012; Sussman i in., 2011; Yip i in., 2011, Yau i in., 2014).

Wniosek 7.: Uczestnicy wywiadów – zarówno młodzież, jak i dorośli – podkreślali, że zagrożeniem związanym z uprawianiem hazardu są straty pieniężne. Kwestia finansów okazała się mieć jednak szersze znaczenie. Matki uczniów z klasy, w której młodzież gra w pokera na wysokie stawki, zwróciły uwagę na dwa aspekty problemu. Po pierwsze, gra jest źródłem konfliktów, które doprowadziły do podziału wśród uczniów, a tym samym wpłynęły na klimat społeczny klasy. Uczniowie, którzy nie grają, są bowiem oceniani przez graczy jako gorsi, ponieważ nie mają pieniędzy na takie rozrywki. Rewanżują się więc graczom nazywając ich „hazardzistami", z którymi „coś jest nie tak". Po drugie, uprawianie hazardu może stanowić zagrożeniem dla rozwoju moralnego nastolatków, nawet jeśli nie biorą udziału w grze. Tym zagrożeniem jest przyjmowanie zaproszeń do uczestniczenia w rozrywkach opłacanych pieniędzmi wygranymi przez pokerzystów od kolegów z klasy. Niestety, jak wynika z relacji jednej z rozmówczyń, nauczyciele nie podejmują w tej sprawie wystarczających interwencji.

Wniosek 8.: Młodzież oraz rodzice, którzy dysponowali wiedzą na temat hazardu, wymieniali sygnały ostrzegawcze wskazujące na problem, przy czym większość z tych sygnałów wiązała się z symptomami uzależnienia oraz problemami finansowymi. Młodzi uczestnicy wywiadów wskazywali przede wszystkim na symptomy specyficzne powiązane z hazardem. Natomiast niektóre z sygnałów opisywanych przez ich rodziców miały charakter

niespecyficzny, mogą bowiem wskazywać na inne niż hazard problemy nastolatka. Należą do nich: wahania nastroju, pobudzenie oraz lęk spowodowany stresem. Zdaniem rodziców, o problemie z hazardem mogą świadczyć sekrety przed rodzicami i częste nieobecności dziecka w domu. Wymieniono ponadto wagary i złe oceny w szkole. Najwięcej wypowiedzi rodziców odnosiło się do sygnałów wskazujących na problemy finansowe, które również mogą wskazywać na inne kłopoty problemy nastolatka.

5. Możliwości wykorzystania uzyskanych wyników

Wywiady z uczniami i rodzicami szkół warszawskich wskazują, że warto realizować programy profilaktyczne dotyczące problematyki hazardu w gimnazjach oraz szkołach ponadgimnazjalnych, pod warunkiem, że uczniowie i nauczyciele będą tym zainteresowani.

Edukacja dotycząca uzależnień behawioralnych powinna stać się elementem szerszych działań z zakresu promocji zdrowia psychicznego, ukierunkowanych na pozytywny rozwój młodzieży. W ramach takich programów warto realizować zajęcia zmierzające do wzmacniania samooceny uczniów, ich umiejętności porozumiewania się i współpracy z rówieśnikami, umiejętności radzenia sobie ze stresem i bardziej konstruktywnego spędzania wolnego czasu.

Edukacja profilaktyczna powinna być także adresowana do rodziców uczniów. Wielu z nich w ogóle nie wiedziało o problemie hazardu wśród nastolatków. Zdecydowanie należy wzmóc działaniach na rzecz bezpiecznego i przyjaznego środowiska szkolnego lub miejsca zamieszkania.

Wyniki wywiadów wskazują, że młodzież korzysta z automatów do gier hazardowych. W miejscach, gdzie te automaty są udostępniane, prawo zakazujące nieletnim dostępu do hazardu powinno być lepiej egzekwowane.

Wyniki badań jakościowych zrealizowane w ramach prezentowanego tu projektu świadczą o tym, że hazard może stać się problemem młodzieży. Są one istotnym uzupełnieniem wyników badań ilościowych, które szacują rozpowszechnienie tego problemu wśród młodzieży szkolnej w Polsce na poziomie kilku procent (Bobrowski, 2103, Pisarska i in., 2014, Niewiadomska i in., 2015). Warto wprowadzić do sytemu szkolnego zasadę zakazującą uprawiania hazardu na terenie szkoły oraz przygotować nauczycieli do właściwego reagowania na problem hazardu. Przydatne byłoby w związku z tym opracowanie programu krótkich interwencji wobec uczniów uprawiających hazard oraz przygotować pedagogów szkolnych do prowadzenia takich interwencji.

Bibliografia:

Badora B., Gwiazda M., Herrmann M., Kalka J. Moskalewicz J. (2012). *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych.* Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.

Bobrowski K. (2013). Problemy zdrowia psychicznego młodzieży w latach 2004-2012. W: *Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012.* K. Ostaszewski, K. Bobrowski, A. Borucka, K. Okulicz-Kozaryn, A. Pisarska, J. Raduj, D. Biechowska. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, s. 56-76.

Blinn-Pike L., Worthy S.L, Jonkman J.N. (2010). Adolescent Gambling: A Review of an Emerging Field of Research. *Journal of Adolescent Health,* 47, s. 223-236.

Brezing Ch, Derevensky J.L, Potenza M.N. (2010). Non-substance Addictive Behaviors in Youth: Pathological Gambling and Problematic Internet Use. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* ; 19(3), s. 625-641.

Brunelle N., Leclerc D., Cousineau M., Dufour M., Gendron A. (2012). Internet gambling, substance use, and delinquent behavior: an adolescent deviant behavior involvement pattern, *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), s. 364-370.

DiCicco-Bloom B., Romer D.(2012). Poker, Sports Betting, and Less Popular Alternatives: Status, Friendship Networks, and Male Adolescent Gambling, *Youth & Society* 2012, 44, s. 42-70.

Ellenbogen S., Derevensky J., Gupta R. (2007). Gender Differences among Adolescents with Gambling-Related Problems. *Journal of Gambling Studies,* 23, s. 133-143.

Griffiths M., Wood R.T.A. (2000). Risk Factors in Adolescence: The Case of Gambling, Videogame Playing, and the Internet. *Journal of Gambling Studies*. 16, s.199-225.

Huxley J., Carroll D. (1992). Survey of Fruit Machine Gambling in Adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 8(2), s. 167-179.

Ide-Smith S.G., Lea S.E.G. (1988). Gambling in Young Adolescents. *Journal of Gambling Behavior*, 4(2), s. 110-118.

Langewisch M. J., Frisch G. R. (1998). Gambling Behavior and Pathology in Relation to Impulsivity, Sensation Seeking, and Risky Behavior in Male Collage Students. *Journal of Gambling Studies*, 14(3), s. 245-262.

Langhinrichsen-Rohling J., Rohde P., Seeley J.R., Rohling M.L. (2004). Individual, Family, and Peer Correlates of Adolescent Gambling, *Journal of Gambling Studies*, 20(1), s.23-46

Malterud K. (2001). Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *Lancet*, 358, s. 552–566.

Nation M., Crusto C., Wandersman A., Kumpfer K.L., Seybolt D., Morrisey-Kane E., Davino K. (2003). What works in prevention. Principles of effective prevention programs. *American Psychologist,* 58(6/7), s. 449-456.

Neighbors C., Lostutter T.W., Whiteside U., Fossos N., Walker D.D., Larimer W.E. (2007). Injunctive Norms and Problem Gambling among College Students. *Journal of Gambling Studies,* 23, s. 259–273.

Niewiadomska I., Chwaszcz J., Augustynowicz W., Palacz-Chrisidis A., Bartczuk R., Wiechetek M. (2015). Narzędzia do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem wśród młodzieży, *Serwis Informacyjny Narkomania*, 2(70), 21-26.

Olason D. T., Skarphedisson G.A., Jonsdottir J. E., Mikaelsson M., Gretarsson S. (2006). Prevalence estimates of gambling and problem gambling among 13- to 15-year old adolescents in Reykjavik: An examination of correlets of problem gambling and different accessibility to electronic gambling machines in Iceland. *Journal of Gambling Issues,* 18, s. 39-55.

Pisarska A., Ostaszewski K., Raduj J., Wójcik M. (2014). *Czynniki związane z hazardem, kompulsywnymi zakupami oraz nadużywaniem Internetu wśród młodzieży w wieku 12-19 lat. Raport z badań.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii. .

Shead N.W, Derevensky J.L, Gupta R. (2010). Risk and protective factors associated with youth problem gambling. *International Journal of Adolescent Medicine and Health,* 22(1), s. 39-58.

Splevins K., Mireskandari S., Clayton K., Błaszczyński A. (2010). Prevalence of Adolescent Problem Gambling, Related Harms and Help-Seeking Behaviours Among an Australian Population. *Journal of Gambling Studies,* 26, s. 189-204.

Stęplewska-Żakowicz K. (2005). O różnorodności form wywiadu oraz prób jej uporządkowania. W: *Wywiad psychologiczny. Wywiad jako postępowanie badawcze.* K. Stemplewska-Żakowicz i K. Krejtz (red.) Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, s. 17-30.

Stinchfield R. (2000). Gambling and Correlates of Gambling Among Minnesota Public School Students. *Journal of Gambling Studies*, 16(2/3), s. 153-173.

Sussman S., Lisha N., Griffiths M. (2011). Prevalence of the Addictions: A Problem of the Majority or the Minority? *Evaluation and the Health Professions*, 34(1), s. 3-56.

Winters K.C, Anderson N. (2000). Gambling Involvement and Drug Use Among Adolescents. *Journal of Gambling Studies,* 16(2/3), s. 175-198.

Yau Y. H. C., Pilver C.E., Steinberg M.A., Rugle L. J., Hofff R.A. Krishnan-Sarin Potenza M.N. (2014). Relationship between problematic Internet use and problem gambling severity: Findings from high-school survey. *Addictive Behaviors* 39, s. 13-21.

Yip S.W., Desai R.A., . Steinberg M.A., Rugle L., Cavallo D.A., Krishnan-Sarin S., Potenza M.N. (2011). Health/functioning characteristics, gambling behaviors and gambling-related motivations in adolescents stratified by gambling problem severity: Findings from a high-school survey. *American Journal on Addiction*, 20(6), s. 495-508.

Źródła internetowe:

Aronson J. (1994). A pragmatic view of thematic analysis. *Qualitative Report,* 2, 1, Dostęp: listopad 2015: http://www.nova.edu/ssss/QR/BackIssues/QR2-1/aronson.html

Jolanta Kalka

Badanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz ich związków z używaniem substancji psychoaktywnych

Abstract

Studies on prevalence of different behavioral addictions and its connections with the use of psychoactive substances

From among four examined behavioral addictions, the most common is workaholism – now nearly 1/5 of Poles (19.1%) aged 15 years and older can be described as addicted to work. In comparison with 2012, the percentage has almost doubled. At the same time the group of people that did not show signs of addiction to work has increased. Thus, although the extensive spread of workaholism is characterized by a downward trend, the problem is getting worse, because at the same time the growing number of Poles is addicted to work.

The second addiction – according to the criterion of the range of prevalence – is gambling. In 2014, the indicators were slightly higher than they had been in 2012. Symptoms of addiction occur in 5.3% of Poles aged 15 years and older, including 0.7% of those who are at high risk of gambling addiction. According to the data from 2013, 3.7% of Poles aged 15 years and older played in a way that may lead to dependence, including 0.2% who already has serious problems. The third addiction, in the taken order, is the addiction to shopping. The problem of shopaholism concerns 4.1% of the population of Poles aged 15 years and older. Two years ago the extent of prevalence was at a similar level (3.5%).

The range of prevalence of the Internet addiction is low: 1.3% of Poles aged 15 years and older has symptoms of addiction, including 0.1% of those who have serious problems. The result is almost the same as it was two years ago. There is a statistically confirmed relationship between behavioral addictions and consumption of psychoactive substances (drugs and/or sedatives or hypnotics). This substances are more often taken by people with behavioral disorders than those who have no such problems.

1. Uzasadnienie badań nad wybranymi aspektami uzależnień behawioralnych

Proces redefinicji zjawiska uzależnienia zapoczątkowało – w latach pięćdziesiątych XX wieku – uznanie alkoholizmu za chorobę. Taką ewolucję przeszła w ostatnich dekadach definicja narkomanii. Podobny proces dopiero się zaczyna w odniesieniu do uzależnień behawioralnych, ostatnia X Rewizja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD 10) wymienia *explicite* tylko hazard.

Badania naukowe dotyczące uprawiania hazardu rozpoczęto w połowie lat siedemdziesiątych XX wieku w Stanach Zjednoczonych. Pierwszą na świecie placówką leczącą osoby uzależnione od hazardu był oddział w szpitalu dla weteranów w Bracksvillle w stanie Ohio w latach 1972-1974. Pierwsza konferencja naukowa poświęcona

kompulsywnemu (patologicznemu) hazardowi odbyła się w 1981 roku w Lake Tahoe w stanie Nevada (Woronowicz, 2012, s. 97).

Skłonność do kompulsywnych zakupów opisana została na początku XX wieku przez Kraepelina (1915) i Bleulera (1924), a pierwsze badania naukowe na ten temat pojawiły się w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie w połowie lat 80 (Woronowicz, 2015).

Prekursorem badań na temat uzależnienia od Internetu była psycholog Kimberly Young, która w 1996 roku zaprezentowała swoje wyniki na dorocznej konferencji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego[1]. Wcześniej powstało pierwsze centrum zajmujące się terapią osób uzależnionych od Internetu, założyła je K. Young w 1995 roku (http://netaddiction.com).

Termin „pracoholizm" wprowadził w 1971 roku Wayne Oates[2]. Pierwsza skala do mierzenia uzależnienia od pracy została opracowana przez Janet Spence i Ann Robbins w 1992.

Jak pokazuje ten krótki przegląd, uzależnienia behawioralne mają co najmniej dwudziestoletnią tradycję badawczą[3]. W Polsce mówi się o nich od niedawna – przez dziesiątki lat koncentrowano się na problemach związanych z (nad)używaniem substancji psychoaktywnych i studia nad zaburzeniami zachowań należały do rzadkości. Przeprowadzone przez CBOS badania można traktować jako ważny krok w kierunku budowania polskiej tradycji badawczej w zakresie uzależnień behawioralnych.

2. Metodologia prowadzonych badań

Pierwsze badanie ilościowe na temat uzależnień behawioralnych Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) zrealizowała na zlecenie Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii w kwietniu 2012 roku, a drugie – na przełomie listopada/grudnia 2014 roku. Oba były przeprowadzone na ogólnopolskich, reprezentatywnych, losowych próbach Polaków w wieku 15+, operatem losowania był rejestr PESEL. Przed losowaniem próba była warstwowana – populacja była podzielona na 65 warstw uwzględniających podział administracyjny kraju oraz typ i wielkość miejscowości w każdym województwie. Zastosowano dwustopniowy schemat losowania – najpierw losowano miejscowości, a następnie osoby w wieku 15 ukończonych lat lub więcej. W 2012

[1] Badanie było zatytułowane: „Uzależnienie od Internetu. Nowe zaburzenie" ("*Internet Addiction: The Emergence of a New Disorder*").
[2] Pojęcie to pojawiło się w książce: *Confessions of a Workaholic*
[3] Jak w przypadku wielu innych tematów badań najdłuższa jest tradycja amerykańska.

roku badanie zrealizowano na próbie liczącej 4 038 osób, w 2014 roku – na próbie liczącej 2 502 osób.

Wywiady przeprowadzono metodą *face-to-face* CAPI (bezpośrednim wywiadem ankieterskim wspomaganym komputerowo).

W obszarze zainteresowania badawczego leżały następujące zaburzenia zachowań: patologiczny hazard, uzależnienie od pracy, od Internetu i od zakupów.

W obydwu badaniach respondentom zadano te same pytania, bowiem jednym z jego celów było uchwycenie zmian, jakie zaszły w ciągu dwóch lat, w rozpowszechnieniu uzależnień i w społeczno-demograficznej strukturze osób nimi zagrożonych. Poziom rozpowszechnienia i ryzyko uzależnienia były szacowane na podstawie testów klinicznych. W obu pomiarach zastosowano te same testy *skriningowe*:

1. Canadian Problem Gambling Index (CPGI) – zagrożenie uzależnieniem od hazardu[4];
2. Internet Addiction Test (Young, 1998) – uzależnienie od Internetu[5];
3. Valence, d'Astous and Fortier Compulsive Buying Scale – zagrożenia uzależnieniem od zakupów[6];
4. test Bryana E. Robinsona[7] – ryzyko uzależnienia od pracy.

Dodatkowo w 2014 roku włączono do ankiety pytania pozwalające na przeprowadzenie analizy *benchmark* w odniesieniu do hazardu.[8] Nie przeprowadzono analogicznej analizy dla pozostałych uzależnień behawioralnych ze względu na brak danych o liczbie osób leczących się z tych uzależnień.

[4] Opracowany przez Centre for Addiction and Mental Health w Toronto [Woronowicz. Hazard. s. 264-265]
[5] Autor: dr K. Young [Guerreschi, *Nowe uzależnienia*, 2010 lub http://netaddiction.com/internet-addiction-test/]
[6] Autorzy: Valence, d'Astous, Fortier; [Journal of Consumer Policy, 11 (1988), s. 419-433.]
[7] Autor: Bryan E. Robinson [Guerreschi, *Nowe uzależnienia*, 2010 lub http://www.bryanrobinsononline.com/are-you-a-workaholic/]
[8] Oszacowanie liczby ludzi cierpiących z powodu patologicznego hazardu nie jest proste. Szacunki na podstawie badań ankietowych w populacji generalnej mają swoje ograniczenia, m.in. dlatego, że właściwości testów skrinigowych, które można zastosować w badaniach ankietowych, nie pozwalają na precyzyjne oszacowania. Alternatywną metodologią szacowania rzadkich w populacji zjawisk są metody muliplikacyjne, jedną z nich jest metoda punktu referencyjnego lub *benchmark.* Metoda ta wymaga znajomości punktu referencyjnego, czyli liczby osób leczonych z powodu patologicznego hazardu w danym roku oraz wartości multiplikatora (współczynnika oszacowania) określającego, o ile razy należy przemnożyć *benchmark*, aby uzyskać oszacowanie liczby wszystkich patologicznych hazardzistów. Wartość mnożnika można uzyskać w badaniach ankietowych na próbie losowej populacji generalnej, w których pyta się respondentów, czy znają ludzi spełniających kryteria „bycia hazardzistą" oraz czy osoby te leczyły się z powodu problemów z hazardem.

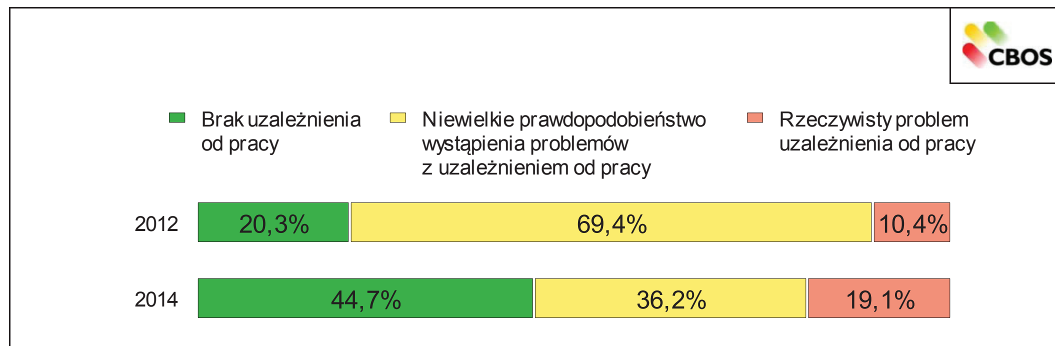
3. Wyniki przeprowadzonych badań

Wyniki badań dotyczące rozpowszechnienia pracoholizmu. Spośród czterech badanych uzależnień behawioralnych najbardziej rozpowszechniony jest pracoholizm, który może dotknąć wszystkich – należy przy tym dodać, że zastosowany w badaniu test *skiningowy* Bryana E. Robinsona definiuje pracę nie tylko w kategoriach aktywności zawodowej, lecz szerzej – jako spectrum zachowań związanych z wypełnianiem obowiązków. Zgodnie z tą definicją pracoholizm może dotknąć osobę wykonującą każdy rodzaj pracy, w tym także gospodynie domowe.

Uzyskane wyniki wskazują, że obecnie dla blisko jednej piątej Polaków (19,1%) mających 15 i więcej lat uzależnienie od pracy stanowi rzeczywisty problem. W ciągu dwóch lat (od 2012 roku) odsetek ten niemal się podwoił (wzrost o 8,7 punktu procentowego). W przypadku ponad 1/3 ankietowanych (36,2%) istnieje zagrożenie wystąpieniem takiego problemu. W porównaniu z 2012 rokiem liczba zagrożonych uzależnieniem od pracy zmniejszyła się jednak niemal o połowę (spadek o 33,2 punktu). Jednocześnie znacząco zwiększyła się grupa osób nie wykazujących symptomów uzależnienia (o 24,4 punktu).

Porównując dane z lat 2012-2014 widzimy, że wprawdzie zasięg rozpowszechnienia pracoholizmu charakteryzuje się tendencją malejącą, ale zarazem sam problem się pogłębia, ponieważ liczniejsza grupa doświadcza skutków uzależnienia od pracy (por. Rys. 1).

Rys. 1. Zagrożenie uzależnieniem od pracy w polskim społeczeństwie



Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań.

Wyniki badań dotyczące rozpowszechnienia hazardu. Drugim – według kryterium zasięgu rozpowszechnienia – jest uzależnienie od hazardu. W roku 2014 zmieniono sposób identyfikowania graczy – uczestniczenie w grach na pieniądze zostało precyzyjnie

zdefiniowane niż w 2012 roku. W badaniu zrealizowanym w 2014 roku szczegółowo pytano o częstotliwość grania w każdą z dziesięciu wymienionych na liście gier i nie było możliwości generalnego zadeklarowania, że na pieniądze się nie gra. Grupa niegrających została wyodrębniona metodą pośrednią – to osoby, które przy każdej grze odpowiedziały, że w ciągu minionych 12 miesięcy roku nie grały w nią ani razu. Efektem wprowadzonych zmian był wzrost liczby respondentów uczestniczących w jakichkolwiek grach na pieniądze. O tym, czy rzeczywiście mamy do czynienia z tendencją wzrostową, będzie można powiedzieć na podstawie kolejnego pomiaru, w którym pytanie zostanie powtórzone w niezmienionym kształcie.

Wprowadzona zmiana metodologiczna nie pozwala na proste porównanie wyników z obu badań. Pozwala natomiast na strukturalną analizę zmian, to znaczy: czy i jak zmieniła się struktura rozpowszechnienia grania oraz struktura zagrożenia uzależnieniem od hazardu.

Według danych z 2014 roku, w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie co trzeci Polak w wieku 15+ grał w jakiekolwiek gry na pieniądze (34,2%). W porównaniu z wynikami uzyskanymi w 2012 roku, struktura popularności poszczególnych gier nie uległa zmianie – Polacy najczęściej grają w gry liczbowe Totalizatora Sportowego (26,8%), a w dalszej kolejności w zdrapki (13,3%), loterie/konkursy SMS-owe (7,4%) oraz na automatach (4,5%). Niszowymi grami na pieniądze były i są nadal: zakłady bukmacherskie, gry w kasynie, w internecie, wyścigi, gra w karty prywatnie, tzn. poza kasynem i internetem. (por. Tab. 1).

Tab. 1. Popularność gier na pieniądze

Rodzaj gry:	Badanie CBOS z 2012 r. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy grał(a) Pan(i) w jakieś gry na pieniądze? Proszę wskazać wszystkie gry, w które Pan(i) grał(a)[9]	Badanie CBOS z 2014 r. Jak często w czasie ostatnich 12 miesięcy uczestniczyłe(a)ś w grach losowych lub loteriach, gdzie można wygrać pieniądze? Odpowiedzi zrekodowane[10]		
		Grał ciągu ostatnich 12 miesięcy	Ani razu nie grał w ciągu ostatnich 12 miesięcy	Trudno powiedzieć odmowa odpowiedzi
Gry liczbowe Totalizatora Sportowego (Lotto, Multi Multi itp.)	20,5%	26,8%	73,1%	0,1%
Zdrapki	3,7%	13,3%	86,5%	0,2%
Loterie/konkursy SMS-owe	2,1%	7,4%	92,5%	0,1%
Automaty do gier z tzw. niskimi wygranymi	1,0%	4,5%	94,8%	0,7%
Zakłady bukmacherskie poza internetem	0,8%	2,4%	97,4%	0,2%
Karty prywatnie (poza kasynem i poza internetem)	0,7%	2,8%	96,8%	0,3%
Gry i zakłady (bez względu na rodzaj) w internecie	0,6%	1,1%	98,8%	0,2%
Gry w kasynie (poza internetem) – ruletka, karty i inne	0,4%	0,8%	98,9%	0,4%
Wyścigi konne lub innych zwierząt – na torze	0,1%	0,5%	99,4%	0,1%
Inne	0%	0,8%	98,8%	0,4%
Nie gram i nie grałe(a)m w ciągu ostatnich 12 miesięcy w żadne gry na pieniądze	76,5%	65,8%*		

Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań.

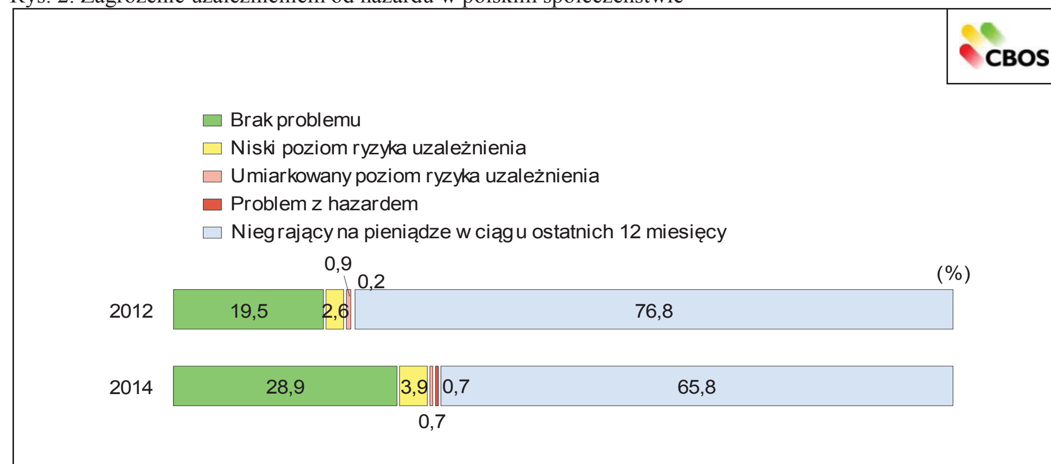
[9] Częstotliwość grania nie odnosiła się bezpośrednio do żadnej z wymienionych gier. Zamiast tego zadano pytanie ogólne:

H2. Jak często, ogólnie rzecz biorąc, grywa Pan(i) w gry na pieniądze
1. codziennie lub prawie codziennie
2. 2-3 razy w tygodniu
3. kilka razy w miesiącu
4. 1-2 razy w miesiącu
5. rzadziej niż raz w miesiącu
6. trudno powiedzieć

[10] Kafeteria odpowiedzi w 2014 roku dla każdej z gier była następująca – w ciągu ostatnich 12 miesięcy grał: 1) codziennie, 2) 5-6 razy w miesiącu, 3) 3-4 razy w tygodniu, 4) 1-2 razy w tygodniu, 5) 2-3 razy w miesiącu, 6) 1 raz w miesiącu, 7) 6-11 razy w roku, 8) 2-5 razy w roku, 9) 1 raz w roku, 10) ani razu w ciągu 12 miesięcy. W tabeli odpowiedzi zostały zrekodowane do 3 kategorii: 1) grał w ciągu ostatnich 12 miesięcy, 2) nie grał w ciągu ostatnich 12 miesięcy, 3) nie pamięta/odmowa odpowiedzi.

Na Rysunku 2 przedstawiono poziom zagrożenia hazardem w odniesieniu do całego społeczeństwa. W roku 2012 w sposób mogący prowadzić do uzależnienia grało 3,7% Polaków w wieku 15+, w tym 0,2% już miało z tym poważny problem. W roku 2014 te wskaźniki są nieco wyższe: symptomy uzależnienia występują u 5,3% Polaków w wieku 15+, w tym 0,7% to osoby wysoce zagrożone uzależnieniem od hazardu.

Rys. 2. Zagrożenie uzależnieniem od hazardu w polskim społeczeństwie



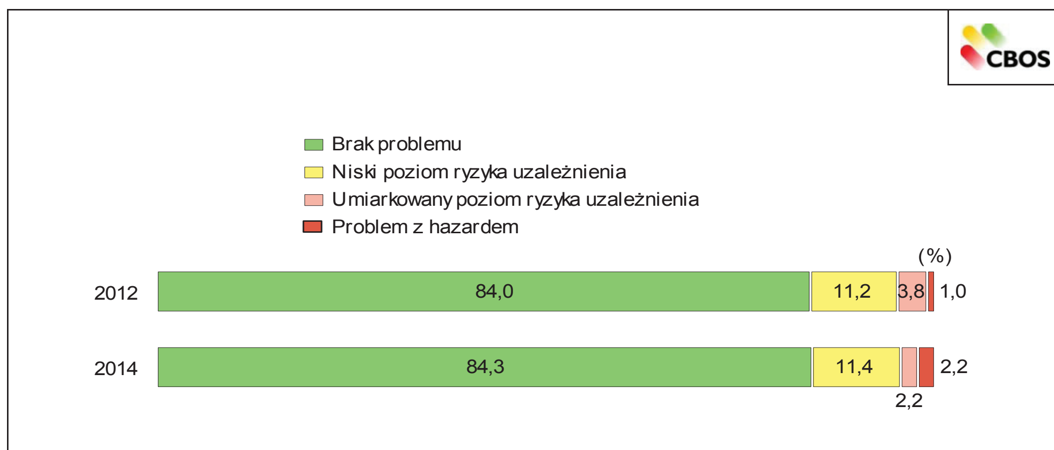
Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań.

Biorąc pod uwagę wszystkich grających, w 2014 roku zanotowano niewielki wzrost odsetka zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych. Przypuszczenie, że mógłby to być efekt większej liczby graczy, nie znajduje uzasadnienia – porównanie danych z 2012 i 2014 roku dowodzi, że wzrost jest efektem wewnętrznych zmian w grupie graczy. O ile w 2012 roku 1,0% grających miał duży problem z hazardem, to w 2014 roku takich osób jest więcej – 2,2%. Natomiast zmniejszył się nieco odsetek graczy zagrożonych uzależnieniem w sposób umiarkowany.

Zasięg rozpowszechnienia uzależnienia od hazardu nie zmienił się: obecnie 15,7% graczy ma na skali CPGI wynik powyżej „0", czyli w ich sposobie gry występują symptomy, które w dalszej konsekwencji mogą doprowadzić do uzależnienia. To porównywalna liczba do wyniku z 2012 roku (16,0%). Natomiast można mówić o lekkiej tendencji wzrostowej w odniesieniu do hazardu problemowego, za czym przemawia wyższy niż w 2012 roku odsetek graczy lokujących się w górnym przedziale indeksu hazardu[11] (por. Rys. 3).

[11] Wyniki CPGI interpretowane są następująco: 0 pkt: brak problemu z hazardem, 1 – 2 pkt: niski poziom ryzyka, 3 – 7 pkt: umiarkowany poziom ryzyka, 8+ pkt: problem z hazardem; osoby lokujące się w górnym przedziale Indeksu, to gracze, którzy mieli wyniki 8+

Rys. 3. Zagrożenie uzależnieniem od hazardu wśród graczy



Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań.

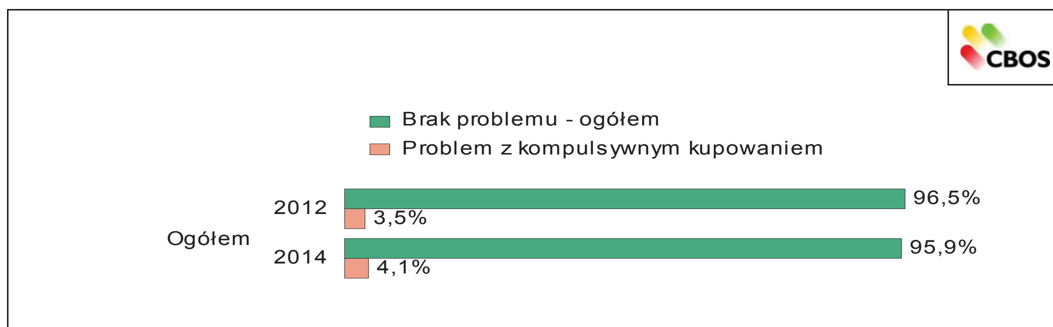
Wyniki badań CBOS są zbliżone do wyników badań w USA i w innych krajach. Sussman i współautorzy podają, że rozpowszechnienie uzależnienia od hazardu szacowane jest od 1% do 3% w populacji USA, a także Australii, Kanady, Chin, Norwegii, Szwajcarii i Hiszpanii. Odsetki potwierdzających symptomy uzależnienia w ostatnim roku przed badaniem w generalnej populacji dorosłych USA wynoszą 2% (Sussman i wsp., 2011).

Tylko w przypadku hazardu możliwe było wykorzystanie, przy szacowaniu liczebności patologicznych hazardzistów, metody *benchmark*. Mając do dyspozycji punkt referencyjny (liczbę leczonych w roku 2013) oraz współczynnik oszacowania uzyskany w badaniach ankietowych[12] oszacowano liczbę osób uprawiających patologiczny hazard w Polsce na 27 955[13].

Wyniki badań dotyczące rozpowszechnienia zakupoholizmu. Trzecim z kolei – według przyjętego kryterium zasięgu rozpowszechnienia – jest uzależnienie od zakupów. Problem zakupoholizmu dotyczy 4,1% populacji Polaków w wieku od 15 lat (por. Rys. 4). W badaniu zrealizowanym w 2012 roku zasięg rozpowszechnienia był na podobnym poziomie (3,5%).

[12] Współczynnik oszacowania (wartość mnożnika) uzyskano pytając respondentów czy znają ludzi spełniających kryteria „bycia hazardzistą" oraz czy osoby te leczyły się stacjonarnie lub ambulatoryjnie z powodu problemów z hazardem.
[13] Jest to iloczyn liczby leczonych i współczynnika oszacowania.

Rys. 4. Kompulsywne zakupy – zasięg zjawiska w społeczeństwie



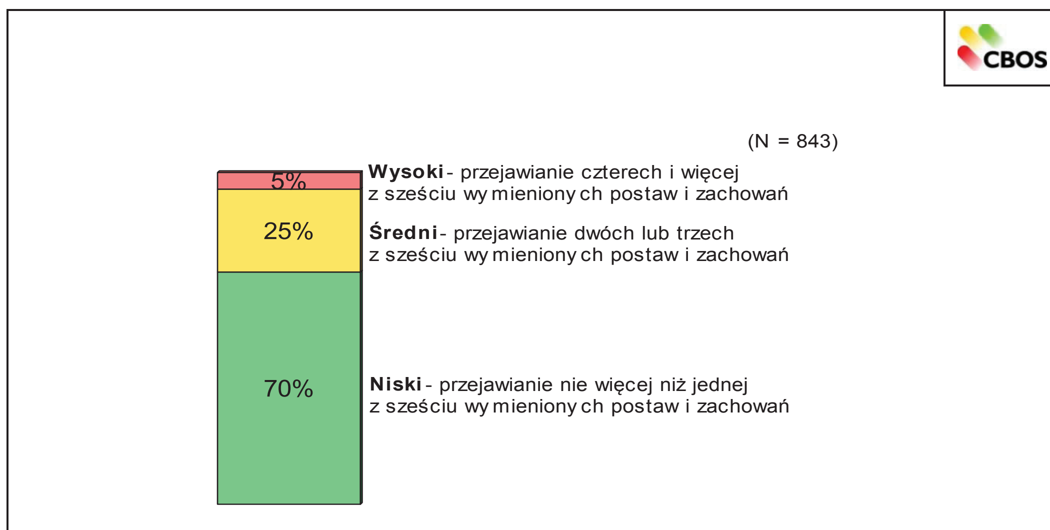
Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań.

Przy prezentacji danych dotyczących zakupoholizmu można też odwołać się do innego, wcześniej przeprowadzonego przez CBOS badania[14] – wówczas do wyodrębnienia orientacji prokonsumpcyjnej wykorzystano następujące wskaźniki: 1) *jeśli chcę coś mieć, kupuję i nie myślę, czy w tej chwili mogę sobie na to pozwolić*; 2) *kupuję to, co najlepsze, niezależnie od ceny*; 3) *zwykle nie mam czasu na porównywanie cen w różnych sklepach*; 4) *kupuję coś, bo może się przydać, choć w tej chwili nie jest niezbędnie potrzebne*; 5) *kupuję coś nowego, modnego, choć mam w domu takie same rzeczy nadal użyteczne*; 6) *kupuję w najlepszych, najelegantszych sklepach* (Wądołowska, 2011).

Przyjęto, że postawą prokonsumpcyjną cechują się te osoby, w których stylu konsumpcji mieszczą się co najmniej cztery powyższe postawy i zachowania. Natomiast niskim indeksem konsumpcjonizmu charakteryzują się osoby wskazujące na nie więcej niż jedno takie zachowanie. W cytowanym badaniu wyraźnie prokonsumpcyjne nastawienie cechowało tylko co dwudziestego robiącego zakupy Polaka (5%). Jednej czwartej kupujących (25%) zachowania prokonsumpcyjne zdarzały się tylko czasami, na ogół podczas robienia zakupów podejmowały decyzje dość rozważnie. Zdecydowana większość (70%) właściwie nigdy nie pozwalała sobie na szaleństwa, kupując jedynie to, co potrzebne (por. Rys. 5).

[14] Badanie CBOS „Aktualne problemy i wydarzenia” zrealizowane w dniach 7 – 14 grudnia 2010 roku na liczącej 879 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski.

Rys. 5. Wskaźnik orientacji prokonsumpcyjnej wśród osób robiących zakupy



Źródło: Komunikat CBOS, styczeń 2011

Wyniki badania CBOS z końca 2010 roku – przy wykorzystaniu innej metody niż Valence, d'Astous and Fortier Compulsive Buying Scale – są bardzo zbliżone do danych uzyskanych w 2014 roku.

Według innych danych problem kompulsywnych zakupów obejmuje 2% – 8%, a nawet 12% – 16% ogólnej populacji (w zależności od kraju). Badania przeprowadzone pod koniec lat 90. wykazały, że ok. 15 mln Amerykanów robi zakupy w sposób kompulsywny, a około 20% ich dochodów przeznaczane jest na pokrycie debetów na kartach kredytowych (Woronowicz, 2015). W Polsce skala zakupoholizmu zapewne jest niższa niż w zamożniejszych krajach UE czy USA.

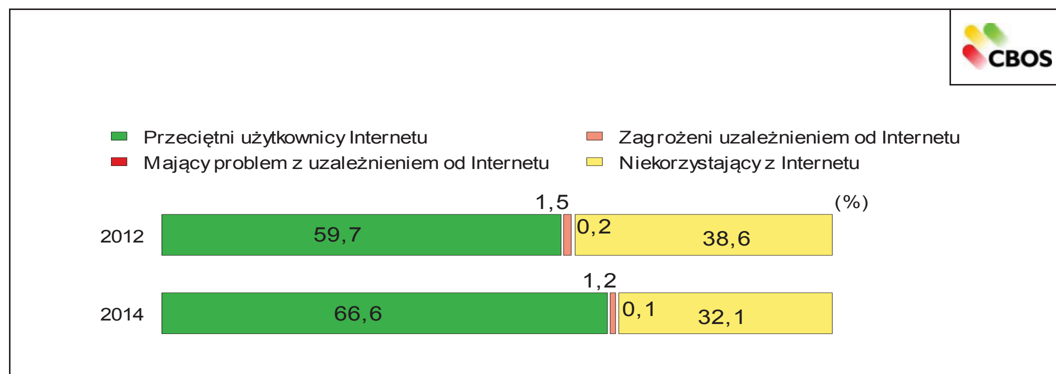
Wyniki badań dotyczące rozpowszechnienia uzależnienia od Internetu. Rozpowszechnienie uzależnienia od Internetu mogłoby zostać uznane za nieoczekiwanie niskie, tym bardziej, że nie brakuje publikacji opisujących bardzo poważne konsekwencje siecioholizmu. Część tych publikacji dotyczy uzależnienia od Internetu (stacjonarnego lub mobilnego) dzieci, a badanie CBOS tej grupy nie obejmowało. Poza tym wiele publikacji zajmuje się wyłącznie wybraną grupą internautów (najczęściej ludzi młodych)[15], a osoby nie

[15] Np. Internet a dzieci: uzależnienia i inne niebezpieczeństwa / Parry Aftab; przeł. Barbara Nicewicz. – Warszawa: Prószyński i S-ka, 2003; Gry komputerowe i sieciowe: nasze dziecko w wielkiej SIECI / Anna Andrzejewska. – Warszawa: Fundacja Pedagogium: Oficyna Wydawnicza Aspra-JR, 2009; Uzależnienie od komputera i Internetu u dzieci i młodzieży / Paulina Chocholska, Małgorzata Osipczuk. – Warszawa: Hachette Polska, 2009; Nadmierne korzystanie z Komputera i Internetu przez dzieci i młodzież; Polskie Centrum

korzystające z Internetu są jeszcze ciągle liczną grupą. Dlatego z perspektywy całej populacji w wieku 15+, zasięg rozpowszechnienia uzależnienia od Internetu jest niski: symptomy uzależnienia występują u 1,3% Polaków, w tym 0,1% ma z tym poważne problemy. To prawie tak sam wynik jak w badaniu przeprowadzonym w 2012 roku (por. Rys. 6).

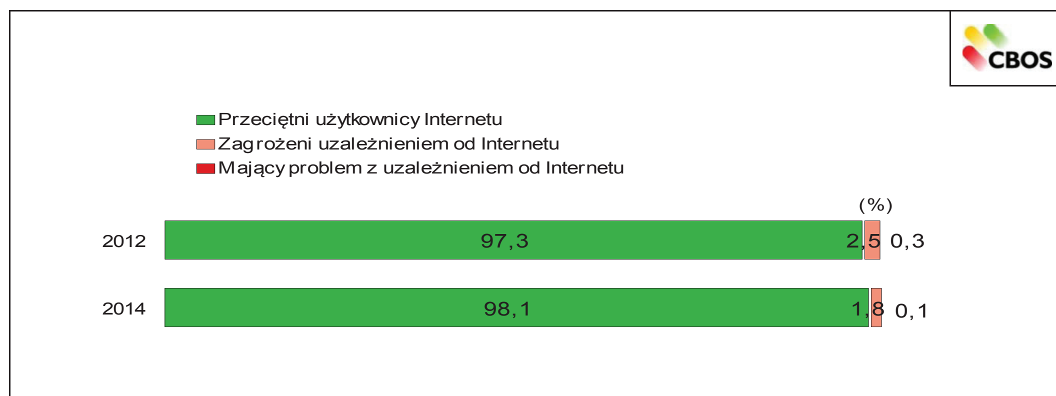
Natomiast wśród osób korzystających z Internetu 1,9% badanych wykazuje symptomy uzależnienia od niego (w tym 0,1% jest uzależniona). W 2012 roku takich osób było nieco więcej: 2,8% miało symptomy uzależnienia w różnym natężeniu, w tym u 0,3% nadużywała sieci (por. Rys. 7).

Rys. 6. Zagrożenie uzależnieniem od Internetu w polskim społeczeństwie



Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań.

Rys. 7. Zagrożenie uzależnieniem od Internetu wśród użytkowników Internetu



Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań.

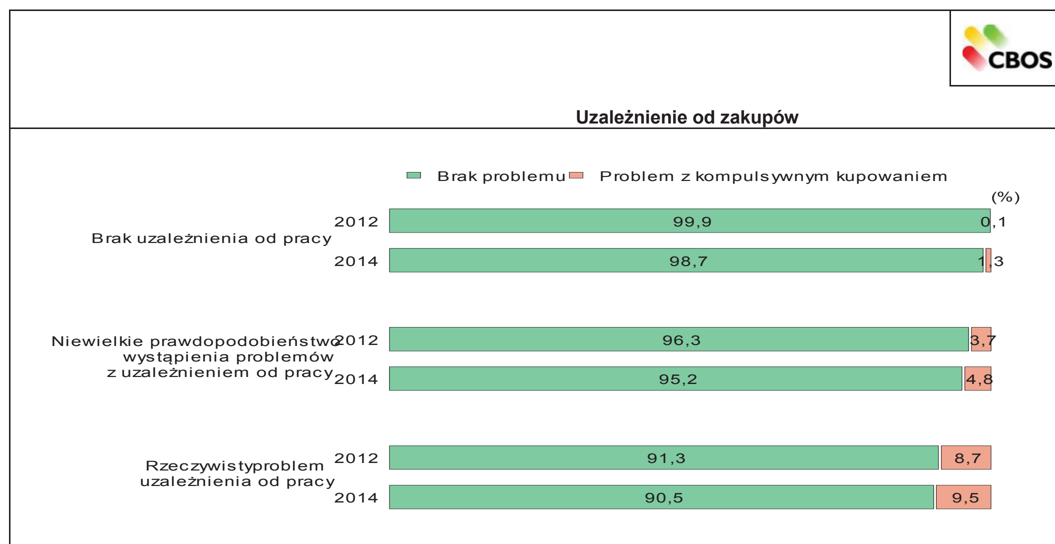
Programu Safer Internet, Warszawa 2012; Szymon Wójcik (opracowanie), Korzystanie z internetu i zagrożenia online wśród młodzieży gimnazjalnej. Przegląd badań. Fundacja Dzieci Niczyje, Warszawa 2013; Dzieci i młodzież w sieci zagrożeń realnych i wirtualnych: aspekty teoretyczne i empiryczne / Anna Andrzejewska. – Warszawa: „Difin", 2014.

Dobrym punktem odniesienia dla interpretacji uzyskanych wyników mogą być dane z innych krajów. Weinstein A, Lejoyeux M. przeanalizowali szereg badań poświęconych uzależnieniu od Internetu z lat 2000-2009 i stwierdzili, że w Stanach Zjednoczonych i Europie wskaźnik rozpowszechnienia tego uzależnienia mieścił się w granicach od 1,5% do 8,2%. Kryteria diagnozowania (oraz pytania ankiety) różniły się w zależności od kraju, ale większość stosowała Young's Internet Addiction Scale – to samo narzędzie, które wykorzystano w badaniu CBOS (Weinstein, Lejoyeux, 2010).

Wyniki badań dotyczące związków między uzależnieniami czynnościowymi. Spośród czterech analizowanych uzależnień tylko w przypadku pracoholizmu, ze względu na dużą liczbę uzależnionych, możliwe było przeprowadzenie dalszych analiz statystycznych na temat jego związków z innymi uzależnieniami behawioralnymi.

Analizy dowodzą, że skłonność do uzależnienia od pracy wiąże się z podatnością na niektóre inne uzależnienia behawioralne. Jest to widoczne w przypadku uzależnienia od zakupów. W 2014 roku, tak jak w poprzednim badaniu, problem z kompulsywnym kupowaniem najczęściej występował wśród osób uzależnionych od pracy (9,5% tej grupy). Dwukrotnie rzadziej dotyka on osób charakteryzujących się niewielkim prawdopodobieństwem wystąpienia problemów z uzależnieniem od pracy (4,8%). Wśród osób nie mających żadnych symptomów pracoholizmu, problem z kompulsywnym kupowaniem występuje jedynie u 1,3% badanych (por. Rys. 8).

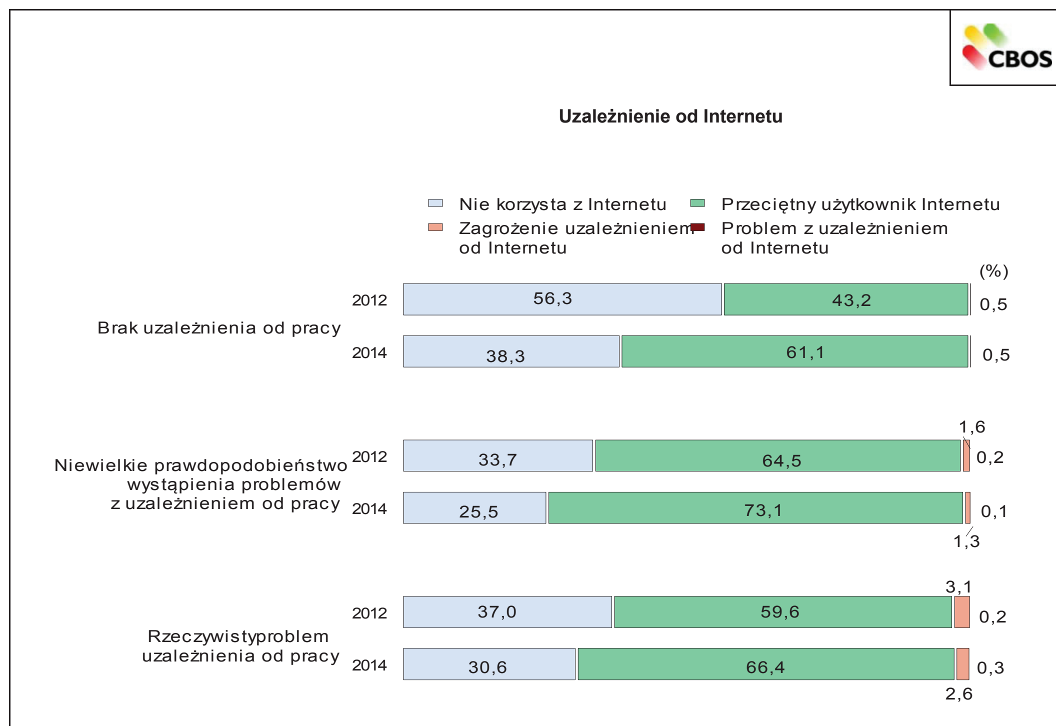
Rys. 8. Zagrożenie uzależnieniem od pracy a zagrożenie uzależnieniem od zakupów



Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań.

Podobny związek stwierdzono w przypadku zagrożenia uzależnieniem od Internetu – jest ono tym częstsze, im większe prawdopodobieństwo uzależnienia od pracy. Największy zasięg tego zjawiska obserwuje się wśród pracoholików. W tej grupie 2,9% jest zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych od Internetu. W badaniach z 2012 roku było 3,3% takich osób (por. Rys. 9). Zasięg związku obu uzależnień pozostaje bez zmian.

Rys. 9. Zagrożenie uzależnieniem od pracy a zagrożenie uzależnieniem od Internetu



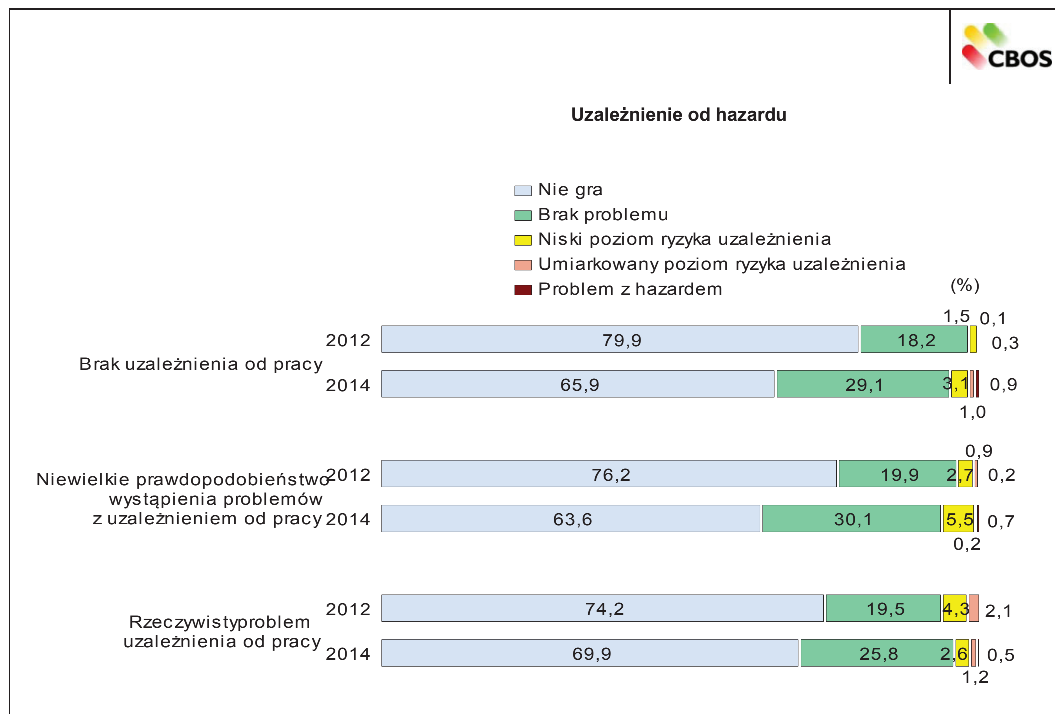
Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań.

Ryzyko uzależnienia od hazardu nie wiąże się z pracoholizmem w podobny sposób jak zakupoholizm i siecioholizm. W zbliżonym stopniu zagrożeni ryzykiem uzależnienia od hazardu są pracoholicy (w badaniu z 2014 roku 4,3% ma słabsze lub silniejsze symptomy zagrożenia hazardem), jak i osoby charakteryzujące się brakiem uzależnienia od pracy (w tej grupie 5,0% ma takie symptomy). Nieco wyższy odsetek zagrożonych ryzykiem uzależnienia od hazardu (6,4%) zanotowano wśród osób charakteryzujących się niskim prawdopodobieństwem uzależnienia od pracy (por. Rys. 10).

W oparciu o te dane można sformułować tezę, że chociaż problemowy hazard jest zaburzeniem występującym zarówno u osób zapracowanych, jak i nieangażujących się

nadmiernie w pracę, to bardziej zagrożeni ryzykiem uzależnienia od hazardu są ci, u których nie występuje problem pracoholizmu.

Rys. 10. Zagrożenie uzależnieniem od pracy a zagrożenie uzależnieniem od hazardu



Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań.

Wyniki badań dotyczące związków między uzależnieniami czynnościowymi i uzależnieniami chemicznymi. W analizach dotyczących współwystępowania uzależnień behawioralnych i konsumpcji środków psychoaktywnych największą uwagę poświęcono marihuanie/haszyszowi ze względu na ich relatywnie największe rozpowszechnienie. Kiedykolwiek w życiu używało ich 16,2% badanych, w tym 4,6% w ciągu ostatnich 12 miesięcy[16].

W przypadku każdego z czterech omawianych zaburzeń zachowań, odsetek konsumentów marihuany lub haszyszu jest wyższy w grupach osób, które są uzależnione behawioralnie w stosunku do badanych nieuzależnionych. W grupie uzależnionych od pracy odsetek osób, które kiedykolwiek zażyły marihuanę lub haszysz wynosi 16,8%, wśród zakupoholików jest to 30,4%, hazardzistów – 24,0%, a zagrożonych uzależnieniem lub

[16] Analizy obejmują dane tylko dla 2014 roku.

uzależnionych od sieci – aż 44,0%. Wśród osób nieuzależnionych od zachowań używało marihuany lub haszyszu nie więcej niż 13% (por. Tab. 2).

Tab. 2. Konsumpcja marihuany lub haszyszu a uzależnienia behawioralne

Używanie marihuany lub haszyszu kiedykolwiek w życiu	Uzależnienie od pracy		Uzależnienie od zakupów		Uzależnienie od hazardu		Uzależnienie od internetu i zagrożenie uzależnieniem	
	Brak	Występuje	Brak	Występuje	Brak	Występuje	Brak	Występuje
nie	87,5%	83,2%	87,4%	69,6%	86,8%	76,0%	87,1%	56,0%
tak	12,5%	16,8%	12,6%	30,4%	13,2%	24,0%	12,9%	44,0%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań.

Należy jednak zaznaczyć, że stwierdzone zależności między używaniem marihuany lub haszyszu a uzależnieniami behawioralnymi nie są silne, co pokazują współczynniki korelacji – żaden z nich nie przekracza wartości 0,2. Tym niemniej są to zależności istotne statystycznie (por. Tab. 3).

Tab. 3. Współczynniki korelacji między używaniem marihuany lub haszyszu a uzależnieniami behawioralnymi

		Uzależnienie od pracy	Uzależnienie od zakupów	Uzależnienie od hazardu	Uzależnienie od Internetu i zagrożenie uzależnieniem
Czy w ciągu całego życia zdarzyło się Panu(i) używać marihuany lub haszyszu?	Korelacja Pearsona	,082**	,101**	,111**	,096**
	Istotność (dwustronna)	,000	,000	,001	,000
	N	2491	2491	854	2491

* Korelacja istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).
** Korelacja istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).
Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań.

Kontakt z amfetaminą zadeklarowało 13,6% osób uzależnionych od gier na pieniądze, wśród nieuzależnionych amfetaminy próbowało 1,6% graczy. Wprawdzie zakupo- i siecioholicy również częściej deklarowali konsumpcję amfetaminy niż osoby

nieuzależnione[17], lecz jedyną zależnością potwierdzoną w analizie korelacji jest związek między uzależnieniem od hazardu a używaniem amfetaminy. Jest to zależność niewielka, ale istotna statystycznie (r=0,17; p<0,01).

Leki uspokajające lub nasenne częściej zażywały osoby zidentyfikowane jako uzależnione behawioralnie[18]. Leki psychoaktywne (z zalecenia lekarza lub samowolnie) używała kiedykolwiek co czwarta osoba z zaburzeniami zachowań (25,6%), podczas gdy wśród nieuzależnionych już tylko co piąta – 20,8% (por. Tab. 4).

Tab. 4.Używanie leków uspokajających lub nasennych a uzależnienia behawioralne

		Występowanie co najmniej jednego uzależnienia behawioralnego	
		nie	Tak
Używanie leków uspokajających lub nasennych kiedykolwiek w życiu	nie	79,2%	74,4%
	tak	20,8%	25,6%

Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań.

Biorąc pod uwagę używanie różnych substancji psychoaktywnych łącznie (czyli narkotyków i/lub leków nasennych i uspokajających) stwierdzono, że odsetki badanych mających doświadczenia z substancjami psychoaktywnymi są wyższe w przypadku osób z uzależnieniami behawioralnymi w porównaniu do osób niemających takich zaburzeń. W każdej grupie problemowej – czyli wśród pracoholików, zakupoholików, hazardzistów i siecioholików – odsetek badanych będących konsumentami substancji psychoaktywnych jest bliski lub przekracza 40% (por. Tab. 5). Natomiast w grupach wolnych od tych uzależnień, odsetek osób używających tych substancji nie przekracza 34%. Różnice są istotne statystycznie.

[17] 5,1% zakupoholików miało kontakt z amfetaminą, wśród nieuzależnionych – 1,8% próbowało tego narkotyku; w grupie siecioholików 5,7% miało kontakt z amfetaminą, wśród nieuzależnionych –1,8%; w grupie siecioholików 6,1% miało kontakt z dopalaczami – wśród nieuzależnionych 1,3%.

[18] To znaczy takie osoby, u których występowało przynajmniej jedno uzależnienie behawioralne.

Tab. 5. Używanie substancji psychoaktywnych a uzależnienia behawioralne

Używanie substancji psychoaktywnych (narkotyków[19] i/lub leków uspokajających bądź nasennych) kiedykolwiek w życiu	Uzależnienie od pracy		Uzależnienie od zakupów		Uzależnienie od hazardu		Uzależnienie od Internetu i zagrożenie uzależnieniem	
	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak
nie	67,6%	60,3%	66,9%	50,8%	66,3%	55,1%	66,4%	53,5%
tak	32,4%	39,7%	33,1%	49,2%	33,7%	44,9%	33,6%	46,5%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań.

Stwierdzone współwystępowanie uzależnień behawioralnych i konsumpcji środków psychoaktywnych nie upoważnia do wnioskowania o przyczynowo-skutkowym charakterze tych związków.

4. Wnioski wynikające z przeprowadzonych badań

Wniosek 1.: Niskie, poza pracoholizmem, wskaźniki rozpowszechnienia uzależnień behawioralnych w skali całej populacji w wieku 15+, nie powinny wywoływać reakcji lekceważenia problemu. Stwierdzenie, że populacje uzależnionych są niewielkie, nie może przesłaniać faktu, że są to dziesiątki tysięcy osób (w przypadku patologicznego hazardu co najmniej 28 tysięcy).

Wniosek 2.: Konsekwencje uzależnień behawioralnych ponoszą nie tylko osoby uzależnione, lecz także ich bliscy, dlatego zasięg negatywnego oddziaływania uzależnień jest znacznie szerszy.

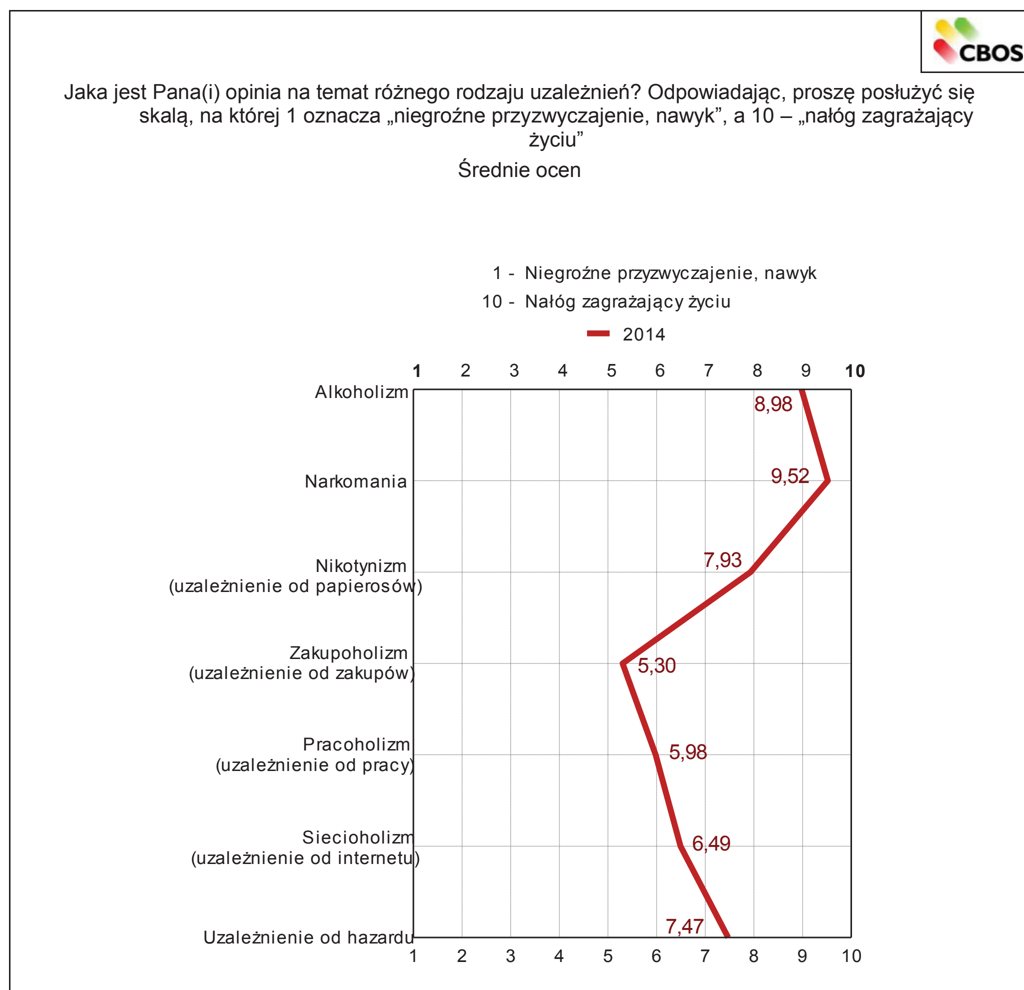
Wniosek 3.: W społecznym odbiorze uzależnienia behawioralne – poza hazardem – są bagatelizowane. Na skali ilustrującej poziom zagrożenia dla życia, średnia ocena zakupoholizmu czy pracoholizmu jest znacznie niższa niż hazardu oraz nieporównywalnie niższa w stosunku do alkoholizmu czy narkomanii (por. Rys. 11). Dzieje się tak zapewne

[19] Respondentów pytano o używanie kilkunastu narkotyków: marihuany, haszyszu, LSD, amfetaminy, grzybów halucynogennych, ecstasy, kokainy, heroiny, „kompotu" środków wziewnych i dopalaczy; pytano także o używanie sterydów anabolicznych.

z różnych powodów, m.in. dlatego, że jest to stosunkowo nowy problem, a wielu osobom brakuje wiedzy na ten temat.

Wniosek 4.: Nie w pełni rozpoznane są długofalowe następstwa uzależnień behawioralnych. Czy dwadzieścia kilka lat temu ktoś przypuszczał, że problemem wielu polskich dzieci będzie otyłość? A jednym z jego powodów jest zmiana stylu życia w tym m.in. dużej ilości czasu spędzanego przed komputerem.

Rys. 11. Opinie na temat uzależnień behawioralnych i uzależnień od substancji psychoaktywnych



Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań.

5. Możliwości wykorzystania uzyskanych wyników badań

Bohdan T. Woronowicz (2012) pisze, że koniec XX i początek XXI wieku zapoczątkowały erę uzależnień. Łatwo zauważyć, że coraz więcej ludzkich zachowań przybiera charakter kompulsywny. Dlatego niezbędne jest kontynuowanie cyklicznych badań nad rozwojem uzależnień behawioralnych.

Cytowane wyniki są częścią uzyskanych w badaniach danych. Druga część – prezentująca związek cech społeczno-demograficznych i psychologicznych z uzależnieniami behawioralnymi – została przedstawiona w kolejnym artykule tej publikacji zatytułowanym: „Identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących przed uzależnieniami behawioralnymi”. Na zakończenie tego rozdziału prezentowane są możliwości wykorzystania uzyskanych wyników.

Bibliografia:

Guerreschi C. (2010). Nowe uzależnienia. Kraków: Wydawnictwo SALWATOR.
Sussman S., Lisha N., Griffiths M. (2011). Prevalence of the Addictions: A Problem of the Majority or the Minority? *Evaluation and the Health Professions* 34 (1), 3–56.
Woronowicz B. (2012). Hazard. Poznań: Media Rodzina.
Wądołowska K. (2011). Mania kupowania czyli o postawach konsumenckich Polaków. Komunikat CBOS. Warszawa: CBOS.
Weinstein A., Lejoyeux M. (2010).Internet addiction or excessive internet use: *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* · September 36 (5), 277-283.

Źródła internetowe:

Woronowicz B. (2015). Zakupoholizm. http://psychiatria.mp.pl/uzaleznienia/show.html?id=73538)
Young K. (2015). Uzależnienie od Internetu, 2015 http://netaddiction.com)

Joanna Chwaszcz

Iwona Niewiadomska

Bernadeta Lelonek-Kuleta

Identyfikacja podmiotowych korelatów ryzykownego korzystania z Internetu

Abstract

Identification of subjective correlates of risky Internet use

The article presents a description of four research projects aimed at identifying the relationship between the variables of a subjective nature and engaging in excessive use of the Internet. The aim of the first project is to answer the question: Are there any relationships (and what is the nature of these relationships) between an excessive use of the Internet and the sense of loneliness and interpersonal relations? In the second project the analysis focused on answers to the question: Is there a relationship (and what is its specificity) between the level of emotional intelligence and excessive involvement in the Internet? The third project provides answers to the following research question: Is there a relationship (and what is its nature) between personality traits included in the Five-Factor Model of Personality by Paul Costa and Robert McCrae and the risk of addiction to the Internet? The fourth project answers the question: does the level of involvement in blogs modify the relationships between the crisis in the valuation and the quality of life?

The study was carried out as a part of research topics in the Chair of Social Psychoprevention of Catholic University of Lublin by the students attending the introductory seminar of psycho-social pathology. The research team consisted of students: Anna Dubisz, Katarzyna Flis, Paulina Frączek, Bartosz Kubacki, Małgorzata Łygan, Damian Meksuła, Patrycja Wośko, Klaudia Zarucka. On one hand presented results show subjective correlates of excessive use of the Internet and define future directions of research, and on the other – allow to generate a series of research and application recommendations for behavioral addiction prevention.

1. Uzasadnienie badań ukierunkowanych na badanie zależności między czynnikami podmiotowymi a nadmiernym korzystaniem z Internetu

Uzasadnieniem do podjęcia tematyki badawczej w zakresie uzależnień behawioralnych przez grupę młodych badaczy stanowi z jednej strony niewystarczający stan wiedzy naukowej w zakresie uwarunkowań, korelatów, moderatorów i czynników mediujących związki pomiędzy cechami podmiotowymi a ryzykownym angażowaniem się

w używanie Internetu, z drugiej zaś – duże nasilenie oraz szybkie tempo wzrostu negatywnego zjawiska społecznego w postaci uzależnień behawioralnych.

Coraz większym problemem współczesnego społeczeństwa polskiego jest wzrastająca liczba osób, szczególnie młodzieży, zagrożonych wysokim ryzykiem rozwoju uzależnień. Jak wynika z przeprowadzonych w 2011 roku przez Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii Stowarzyszenia Natanaelum badań ogólnopolskich, realizowanych w ramach projektu „Polskie zasoby instytucjonalne i osobowe w obszarze profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych, w tym hazardu”[1], w każdym roku zwiększa się liczba osób zgłaszających się do placówek terapii uzależnień z powodu nadmiernego zaangażowania w hazard lub inne uzależnienia behawioralne. W 2011 roku według badania CBOS, które zostało przeprowadzone na próbie 1189 osób w ramach projektu „Polak w szponach hazardu”, w grach losowych na pieniądze brał udział co drugi badany. Z kolei według badań prowadzonych przez CBOS w 2012 roku „Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych” w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, blisko jedna czwarta mieszkańców Polski w wieku 15 i więcej lat, grała w gry na pieniądze.

Wśród czynników ryzyka uzależnień behawioralnych, które mają charakter psychologiczny, wyróżnia się m.in.: niską samoocenę, poczucie osamotnienia, niedojrzałość emocjonalną, niezaspokojoną potrzebę przynależności, niskie poczucie własnej wartości oraz niewystarczające kompetencje psychospołeczne –w takich obszarach, jak np.: rozwiązywanie konfliktów, prowadzenie efektywnej komunikacji, radzenie sobie z negatywnymi emocjami i stresem (Aouil, Siedlaczek, 2011; Badora, Gwiazda, Hermann, Kalka, Moskalewicz, 2012, Poprawa, 2006). Mnogość i różnorodność problemów na poziomie indywidualnym i/lub społecznym, stanowiących czynniki ryzyka uzależnień behawioralnych przeważają znacznie nad obecnym stanem wiedzy w tym zakresie. Istnieje więc pilna potrzeba prowadzenia rzetelnych badań zarówno o charakterze epidemiologicznym, jak również dających odpowiedzi na pytania o podmiotowe i rodzinne uwarunkowania zachowań ryzykownych, czynniki podtrzymujące trwanie negatywnych wzorców zachowań oraz ich wielowymiarowych skutków, a także o czynniki chroniące przed uzależnieniami czynnościowymi.

---

[1] Raport z badań w ramach grantu: *Przeprowadzenie badania mającego na celu zdiagnozowanie zasobów instytucjonalnych i osobowych z zakresu profilaktyki i udzielania pomocy w zakresie uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego/patologicznego w Polsce*.

Współczesny człowiek nie wyobraża sobie funkcjonowania bez Internetu. Popularność tego środka komunikacyjnego związana jest z jego wysoką funkcjonalnością i dużą uniwersalnością. Łącza internetowe umożliwiają kontakt z rodziną i znajomymi, dają możliwość poznawania nowych ludzi, dokonywania zakupów *online*, zapewniają szybki dostęp do informacji, zdjęć, filmów, czy gier. Internet wykorzystywany jest także w edukacji i kształceniu *online*. Coraz częściej staje się on również narzędziem służącym do niesienia pomocy (Miś-Szczechura, Jung-Wolska, 2011; Porczyk i in., 2011).

Równolegle z docenianiem wysokiej funkcjonalności Internetu podejmowany jest problem uzależnienia od niego. Pojęcie uzależnienie od Internetu funkcjonuje w środowiskach zajmujących się terapią uzależnień, jak również wśród naukowców, choć w rzeczywistości budzi ono wiele kontrowersji i nie jest jednoznaczne w interpretacji (Davis, 2001, Joinson, 2003, Jakubik, 2002). Zaburzenie to zdefiniowane zostało m.in. przez K. Young i oznacza zaburzenie kontroli impulsów, niepowodujące intoksykacji, które ma znaczący wpływ na pogorszenie w następujących sferach funkcjonowania człowieka: społecznej, zawodowej i psychologicznej (Young, 1996). W Polsce na razie nie dysponujemy badaniami prezentującymi wyczerpująco charakter i skalę zjawiska uzależnienia od Internetu. Ogólnopolskie badania przeprowadzone przez CBOS w 2012 roku wykazują m.in., że zagrożenie tego rodzaju uzależnieniem dominuje w grupie młodych mężczyzn poniżej 25 r.ż. Czynniki ryzyka uzależnienia od Internetu odnoszą się do specyfiki samego medium komunikacyjnego, osobowości użytkowników oraz rodzaju aktywności internetowej. Dotychczasowe badania potwierdzają związek między uzależnieniem od Internetu a funkcjonowaniem społecznym – np. zagrożenie uzależnieniem jest wyższe w przypadku osób zamkniętych w sobie, nieśmiałych, mających trudności w nawiązywaniu kontaktów oraz mających obniżone poczucie własnej wartości (Badora i in., 2012). Bardziej narażone na rozwój tego zaburzenia są osoby mające deficyty w zaspokojeniu potrzeb społecznych w świecie rzeczywistym, a jednocześnie doświadczające pozytywnych wzmocnień w relacjach nawiązywanych w sieci internetowej (Zhao, 2005; Leung, 2002; Rowiński, 2011).

W świetle badań CBOS osoby zagrożone uzależnieniem bądź już uzależnione od Internetu częściej niż przeciętni jego użytkownicy wybierają surfowanie w sieci zamiast bezpośrednich kontaktów z innymi ludźmi (Badora, Gwiazda, Hermann, Kalka, Moskalewicz, 2012). Wyniki badań światowych wskazują na związek uzależnienia od Internetu z korzystaniem z usług *online*, umożliwiających komunikację między użytkownikami (Thatcher, Goolam, 2005; Leung, 2004; Young, 1998; Aouil, Siedlaczek, 2011). Korelatem

zaburzonego używania Internetu jest także czas spędzany w Internecie (Cruzado i in., 2006; Morahan-Martin, 2000).

Użytkowników Internetu różnicuje w znacznym stopniu rodzaj podejmowanej aktywności internetowej. Analizy przeprowadzone w Polsce wykazały, że 88,8% respondentów zagrożonych uzależnieniem lub uzależnionych od Internetu w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie słuchało muzyki dostępnej w sieci, natomiast ponad dwie trzecie tej grupy słucha muzyki w Internecie codzienne lub prawie codzienne. Wśród przeciętnych użytkowników sieci takie osoby stanowią nieco ponad 1/5 badanych. Różnice jakościowe i ilościowe w porównywanych grupach dotyczą także takich aktywności internetowych, jak: korzystanie z portali społecznościowych, granie *online*, poszukiwanie informacji potrzebnych do pracy/nauki, oglądanie filmów i seriali, ściąganie darmowych programów, muzyki, filmów, wpisy na forach i grupach dyskusyjnych, gra na pieniądze, sprzedaż przez Internet. Osoby zagrożone lub uzależnione od Internetu wykazują większą częstość korzystania ze wszystkich wymienionych form aktywności sieciowej. Osoby z niskim i wysokim poziomem zagrożenia uzależnieniem od Internetu z jednakową częstotliwością korzystają z usług bankowych *online* oraz czytają gazety i czasopisma elektroniczne (Badora i in., 2012). Ciekawe jest to, że większość użytkowników zagrożonych uzależnieniem i uzależnionych od Internetu ma świadomość, że zbyt dużo czasu poświęca na surfowanie w sieci i przyznaje się do podejmowania bezskutecznych prób ograniczania tej aktywności. Przy tym blisko 45% wśród osób zagrożonych lub uzależnionych od sieci ukrywa czas spędzany w Internecie (Badora i in., 2012).

Dostępne w literaturze wyniki badań koncentrują się w dużej mierze na szkodach wynikających z aktywności internetowej (Jarosz, 2006; Baruch, 2001; Kaliszewska, 2006; Kim, 2008). Dlatego wyzwaniem dla młodych badaczy stały się podmiotowe korelaty ryzykowanego angażowania się w aktywności internetowe. Postawione zostały pytania dotyczące związków jakie zachodzą między angażowaniem się w aktywność sieciową a czynnikami o charakterze psychologicznym – m.in. z poczuciem osamotnienia, rodzajem relacji z innymi, inteligencją emocjonalną oraz z cechami osobowości w modelu Wielkiej Piątki.

1. Metodologia prowadzonych badań

Charakterystyka metodologiczna pierwszego projektu badawczego (realizator: Anna Dubisz). Problem badawczy zawarto w następującym pytaniu: Czy występują związki (oraz jaki jest charakter tych związków) pomiędzy nadmiernym korzystaniem z sieci internetowej a poczuciem osamotnienia i relacjami interpersonalnymi? Do przedstawionego problemu postawiono następujące hipotezy badawcze:

H1: Wraz ze wzrostem zaangażowania w aktywności sieciowe wzrasta poczucie osamotnienia.
H2: Osoby częściej korzystające z Internetu przejawiają większe nasilenie relacji interpersonalnych o charakterze negatywnym typu: Pewny Siebie-Dominujący (PA), Arogancki-Wyrachowany (BC) oraz Zimny-Nieczuły (DE).
H3: Wysoki poziom zaangażowania w aktywności internetowe koreluje ujemnie z dużym nasileniem pozytywnych relacji interpersonalnych typu: Niezarozumiały-Szczery (JK), Ciepły-Zgodny (LM), Towarzyski-Ekstrawertywny (NO).

Hipotezy zweryfikowano na próbie 50 osób – uczniów liceum ogólnokształcącego w wieku 17-18 lat. Kobiety stanowiły 54% próby badawczej, mężczyźni – 46%. Do weryfikacji hipotez posłużyły następujące metody badawcze:

1) *Skala Samotności* J. Rascha de Jon-Gierveld i F. Komphuis w polskiej adaptacji J. Rembowskiego;
2) *Interpersonalne Skale Przymiotnikowe* IAS-R S. J. Wigginsa;
3) *Test Problematycznego Używania Internetu* R. Poprawy, będący polską adaptacją *Internet Addiction* Test K. Younga;
4) Metryczka zawierająca dane socjodemograficzne.

Charakterystyka metodologiczna drugiego projektu badawczego (realizator: Paulina Frączek). W ramach opisywanego projektu postawiono pytanie badawcze następującej treści: Czy istnieje związek (oraz jaka jest jego specyfika) między poziomem inteligencji emocjonalnej a nadmiernym zaangażowaniem się w Internet? Do tak postawionego problemu badawczego postawiono następujące hipotezy:

H1: Im wyższy poziom inteligencji emocjonalnej, tym mniejsze zaangażowanie w aktywności internetowe.
H2: Kobiety mają wyższy poziom inteligencji emocjonalnej od mężczyzn.
H3: Kobiety cechuje niższy poziom zaangażowania w aktywności internetowe niż mężczyzn.

Analizy przeprowadzono na próbie 100 osób – studentów w wieku 18-24 lata. W badaniu wzięło udział 55% kobiet i 45% mężczyzn. Hipotezy zweryfikowano przy użyciu takich metod pomiaru, jak:

1) *Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej* (INTE); N.S. Schutte, J. M. Malouffa, L. E. Hall, D. J. Haggerty'ego, J. T. Coopera, C. J. Goldena, L. Dornheima
2) *Test Problematycznego Używania Internetu* R. Poprawy, będący polską adaptacją *Internet Addiction Test* K. Younga;
3) Metryczka zawierająca dane socjodemograficzne.

Charakterystyka metodologiczna trzeciego projektu badawczego (realizator: Klaudia Zarucka). Badania przeprowadzone w tym przedsięwzięciu miały na celu uzyskanie odpowiedzi na pytanie: Czy istnieją (oraz jaki mają charakter) zależności pomiędzy cechami osobowości ujętymi w modelu Wielkiej Piątki Paula Costy i Roberta McCrae a ryzykiem uzależnienia młodzieży od sieci internetowej? Do zaprezentowanego pytania sformułowano następujące hipotezy badawcze:

H1: Poziom zaangażowania w aktywności internetowe dodatnio koreluje z Neurotycznością.
H2: Poziom zaangażowania w aktywności internetowe ujemnie koreluje z Otwartością na doświadczenia, Ugodowością i Sumiennością.
H3: Czynnikami ochraniającymi przed nadmiernym angażowaniem się w aktywności sieciowe są Sumienność i Otwartość na doświadczenia.

Postawione hipotezy zweryfikowano na próbie 50 osób w wieku 20-24 lata. W grupie badanej było 68% kobiet i 32% mężczyzn. Hipotezy zweryfikowano przy użyciu następujących kwestionariuszy:

1) *Inwentarz Osobowości NEO-PI-R* P. T. Costy i R. R. McCrae;
2) *Test Problematycznego Używania Internetu* R. Poprawy, będący polską adaptacją *Internet Addiction Test* K. Younga;
3) Metryczka zawierająca dane socjodemograficzne.

Charakterystyka metodologiczna czwartego projektu badawczego (realizator: Patrycja Wośko). W badaniach zawartych w tym projekcie poszukiwano odpowiedzi na pytanie: Czy poziom zaangażowania w blogi internetowe modyfikuje zależności zachodzące pomiędzy kryzysem w wartościowaniu a jakością życia? Do przedstawionego problemu badawczego postawiono następujące hipotezy:

H1. Niski poziom zaangażowania w blogi internetowe nie modyfikuje związku między kryzysem w wartościowaniu a dobrostanem psychicznym.
H2. Wysokie zaangażowanie w blogi internetowe modyfikuje siłę związku pomiędzy doświadczaniem kryzysu w wartościowaniu a poczuciem jakości życia.

Postawione hipotezy zweryfikowano na grupie 50 osób – blogerów dwóch popularnych stron społecznościowych: blox.pl i zblogowani.pl. Wiek osób badanych mieścił się w przedziale 17-25 lat. Kobiety stanowiły 70% badanej próby, mężczyźni – 30%. Większość badanych posiadała wykształcenie średnie (58%). Aktualnie studiowało 42% uczestników blogów, 30% pracowało, 20% uczyło się w szkołach średnich, 8% to osoby poszukujące pracy. Do weryfikacji hipotez posłużyły:

1) *Kwestionariusz do badania Kryzysu w Wartościowaniu* P. Olesia;
2) Skrócona wersja WHOQOL-BREF – metody Światowej Organizacji Zdrowia WHO do oceny jakości życia;
3) *Kwestionariusz Zaangażowania w Blogi* P. Wośko (metoda autorska).

Charakterystyka metod badawczych wykorzystanych na użytek badań. *Skala Samotności* J. Rascha, de Jon-Gierveld i F. Komphuis w polskiej adaptacji J. Rembowskiego, składa się z 30 pozycji układających się w pięć podskal do pomiaru samotności:

1. Deprywacja potrzeby kontaktu społecznego – pomiar odczuwania braku przyjaźni i zainteresowania ze strony innych osób, doświadczania bezsensu i pustki oraz odczuwania odrzucenia;
2. Sytuacyjne poczucie odrzucenia społecznego – pomiar odczuwania utraty istotnych relacji lub ich niewystarczalności;
3. Poczucie utraty grupy towarzyskiej – pomiar poczucia braku grupy towarzyskiej, poczucia bolesnego odczuwania braku więzi z sąsiadami oraz odczuwania lekceważenia ze strony innych;

4. Poczucie związku z grupą – pomiar jakości relacji z innymi oraz posiadania bliskiej osoby, której można zwierzyć się ze zmartwień i problemów;
5. Poczucie znaczących związków z innymi – pomiar siły świadomości o posiadaniu wystarczającej ilości istotnych relacji z innymi ludźmi i odczuwania akceptacji z ich strony.

Osoby badane ustosunkowują się do poszczególnych twierdzeń na skali: całkowicie zgodne, częściowo zgodne, nie wiem, raczej niezgodne. Rzetelność skali mierzona wskaźnikiem alfa Cronbacha wynosi 0,66 (Rembowski, 1992; Śliwak, Zarzycka, 2011).

Interpersonalne Skale Przymiotnikowe IAS-R (*Interpersonal Adjective Scales*) J. Wigginsa składają się z 64 przymiotników odzwierciedlających funkcjonowanie interpersonalne. Narzędzie może mieć zastosowanie np. do analizy kompetencji społecznych, relacji międzyludzkich lub osobowości. W zależności od zastosowania, instrukcja dla badanych różni się. W przypadku wykorzystywania metody do oceny własnego funkcjonowania w relacjach interpersonalnych, badany jest instruowany: „Określ, jak często zachowujesz się w sposób opisany przez dane słowo”. Obok każdego przymiotnika znajdują się cyfry określające częstotliwość: 1 – nigdy, 2 – bardzo rzadko, 3 – czasami, 4 – często, 5 – bardzo często. Interpersonalne zmienne rozkładają się cyrkularnie, ustawiając się wokół podstawowych współrzędnych: Siły i Afiliacji. Przymiotniki zostały pogrupowane w osiem interpersonalnych wymiarów (Wiggins, 2001):

1. Pewny siebie-Dominujący (PA) – wymiar charakteryzuje się użyciem siły w sytuacjach społecznych, określa osoby pewne siebie, dominujące, asertywne, chętnie przewodniczące w dyskusjach;
2. Arogancki-Wyrachowany (BC) – wymiar cechuje się gniewem oraz wysokim poziomem irytacji w sytuacjach społecznych, osoba ma tendencje egoistyczne i wyzyskujące, odznacza się powściągliwością i brakiem zaufania do innych;
3. Zimny-Nieczuły (DE) – wymiar cechujący się niezależnością i wolnością, jednostka realizuje zadania w odizolowaniu od społeczności, stroni od innych;
4. Powściągliwy-Introwertywny (FG) – wymiar o nasileniu cech introwertywnych, z dystansem w sytuacjach społecznych, wysoki wynik świadczy o unikaniu kontaktów społecznych i ciepłych gestów;

5. Niezdecydowany-Uległy (HI) – wymiar cechujący się brakiem pewności siebie, trudnościami w określaniu własnych potrzeb, wysoki rezultat wskazuje na odczuwanie dyskomfortu przy pełnieniu autorytarnych ról, braku stanowczości i asertywności;
6. Niezarozumiały-Szczery (JK) – wymiar cechujący się szacunkiem w stosunku do innych, skromnością i uprzejmością, osoba z wysokimi wynikami cechuje się bliskością i delikatnością, chętnie niesie pomoc innym;
7. Ciepły-Zgodny (LM) – wymiar odznaczający się ciepłymi, życzliwymi relacjami, uprzejmy, wybaczający, współczujący;
8. Towarzyski-Ekstrawertywny (NO) – wymiar cechujący się energią życiową, osoba jest radosna, entuzjastyczna w relacjach społecznych, przyjacielska, otwarta na relacje, dąży do kontaktów z innymi.

Współczynniki zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha osiągają wartości dla poszczególnych wymiarów w IAS-R od 0,79 do 0,86.

Test Problematycznego Używania Internetu R. Poprawy jest polską adaptacją metody *Internet Addiction Test* K. Younga. Oryginalna wersja testu obejmuje 20 pytań opartych na kryteriach uzależnienia według DSM IV. Respondent udziela odpowiedzi na skali od 0 do 5, gdzie 0 oznacza nie dotyczy, 1 – sporadycznie, 2 – rzadko, 3 – czasem, 4 – często, 5 – zawsze. W polskiej adaptacji do kwestionariusza dodano 3 itemy, które odnoszą się do problematycznego używania Internetu oraz usunięto jedną pozycję oryginalną ze względu na najniższy ładunek czynnikowy i najsłabszą moc dyskryminacyjną. Analiza czynnikowa wykazała jednoczynnikową strukturę narzędzia o wartości własnej 9,089 i 41% wyjaśnianej wariancji, z ładunkami od 0,41 do 0,72. Przyjęto, że wynik testu to suma ocen z 22 itemów, która może przyjąć wartości od 0 do 110 punktów. Im wyższy wynik, tym większe ryzyko uzależnienia od Internetu. Współczynnik alfa Cronbacha wynosi 0,94 (Poprawa, 2006).

Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE (N.S. Schutte, J.M. Malouff, L.E. Hall, D. J. Haggerty, J.T. Cooper, C.J. Golden, L. Dornheim) służy do badania poziomu inteligencji emocjonalnej. Ostateczna wersja kwestionariusza zawiera 33 pozycje, których ładunki

w wyodrębnionym czynniku ogólnym wynoszą co najmniej 0,40. Badany ocenia na skali od 1 (zdecydowanie nie zgadzam się) do 5 (zdecydowanie zgadzam się), w jakim stopniu

poszczególne zdania odnoszą się do jego funkcjonowania. Współczynnik alfa Cronbacha wynosi: 0,84 dla mężczyzn, 0,78 dla kobiet oraz 0,82 dla całej próby.

Inwentarz Osobowości NEO-PI-R Costy P. T. i McCrae R. R. w opracowaniu R. Drwala (1995) jest oparty na koncepcji Wielkiej Piątki. Narzędzie służy do pomiaru pięciu czynników osobowości: Neurotyczności, Ekstrawersji, Otwartości, Ugodowości i Sumienności. Zawiera 240 twierdzeń, do których badanych ustosunkowuje się na skali pięciopunktowej od całkowicie się nie zgadzam do całkowicie się zgadzam. W Inwentarzu można uzyskać od 0 do 240 punktów. Wyniki wyrażone są w stenach. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha dla wszystkich skal, poza Ugodowością, wynosi powyżej 0,85.

Kwestionariusz Kryzysu w Wartościowaniu P. Olesia służy do weryfikacji trudności w procesie wartościowania. W skład metody wchodzi 25 pozycji, w tym 24 diagnostyczne.

W efekcie otrzymujemy wynik ogólny i rezultaty w czterech podskalach:

1. trudności w hierarchizowaniu systemu wartości,
2. poczucie zagubienia wartości,
3. dezintegracja wartościowania,
4. poczucie niezrealizowania wartości.

Badany ustosunkowuje się do twierdzeń poprzez wybór jednej z trzech odpowiedzi: prawda, nie jestem pewien, fałsz. Współczynnik rzetelności alfa Cronbacha wynosi 0,90 dla wyniku ogólnego i 0,76 – 0, 73 dla podskal.

Skrócona wersja metody *WHOQOL-BREF* służy do pomiaru jakości życia w czterech sferach: somatycznej, psychologicznej, socjalnej oraz środowiskowej. Sfera somatyczna obejmuje: zdrowie, wydajność, odczuwanie bólu. Sfera psychologiczna zawiera nastawienie do życia, samozadowolenie, częstotliwość doświadczania negatywnych emocji. Wymiar socjalny koncentruje się głównie na relacjach z innymi. Sfera środowiskowa obejmuje: poczucie bezpieczeństwa, zabezpieczenia materialnego, warunków mieszkaniowych i możliwości realizowania swoich zainteresowań (Kowalska i in., 2012). Skala składa się z 26 pytań. Badany udziela odpowiedzi na pięciostopniowej skali, gdzie 1 oznacza bardzo zła, 2 – zła, 3 – ani dobra ani zła, 4 – dobra, 5 – bardzo dobra. Rzetelność mierzona współczynnikiem zgodności wewnętrznej alfa Cronbacha wynosi dla poszczególnych wymiarów 0,54-0.91.

Kwestionariusz Zaangażowania w Blogi P. Wośko służy do różnicowania osób o niskim i wysokim stopniu zaangażowania w blogi internetowe. Składa się z 30 pytań, na które badany odpowiada na pięciostopniowej skali określającej częstotliwość angażowania się w badaną aktywność (od nigdy do zawsze). Współczynnik zgodności wewnętrznej narzędzia alfa Cronbacha wynosi 0,91.

6. Wyniki przeprowadzonych badań

Wyniki uzyskane w pierwszym projekcie badawczym. Weryfikacja hipotezy, że wraz ze wzrostem zaangażowania w aktywności sieciowe zwiększa się poczucie osamotnienia, zostanie przeprowadzona na podstawie wyników zawartych w Tabeli 1.

Tabela 1. Korelacje między wymiarami poczucia osamotnienia a problematycznym używaniem Internetu (N=50)

Wymiary poczucia osamotnienia	Problematyczne Używanie Internetu		
	r-Pearsona	P	N
Deprywacja potrzeby kontaktu społecznego	,480***	,000	50
Sytuacyjne poczucie odrzucenia społecznego	,200	,164	50
Poczucie utraty grupy towarzyskiej	,348*	,013	50
Poczucie związku z grupą	-,307*	,030	50
Poczucie znaczących związków z ludźmi	-,414**	,003	50

W badaniach uzyskano istotnie statystyczną korelację pomiędzy wymiarami deprywacja potrzeby kontaktu społecznego i poczucie utraty grupy towarzyskiej a problematycznym używaniem Internetu. Ponadto istnieje ujemna korelacja pomiędzy dwoma wymiarami poczucia osamotnienia – poczucie związku z grupą oraz poczucie znaczących związków z ludźmi – a problematycznym korzystaniem z Internetu.

Nie uzyskano istotnych statystycznie zależności pomiędzy sytuacyjnym poczuciem odrzucenia a problematycznym używaniem Internetu.

W Tabeli 2 przedstawiono rezultaty służące weryfikacji hipotezy drugiej, która zakłada, że osoby częściej korzystające z Internetu przejawiają większe nasilenie relacji

interpersonalnych o charakterze negatywnym: Pewny siebie-Dominujący (PA), Arogancki-Wyrachowany (BC) oraz Zimny-Nieczuły (DE).

Tabela 2. Korelacje między wymiarami relacji interpersonalnych: Pewny siebie-Dominujący (PA), Arogancki-Wyrachowany (BC) oraz Zimny-Nieczuły (DE) a problematycznym używaniem Internetu (N=50)

Wymiary relacji interpersonalnych	Problematyczne Używanie Internetu		
	r-Pearsona	p	N
Pewny siebie-Dominujący (PA)	,028	,844	50
Arogancki-Wyrachowany (BC)	,234	,102	50
Zimny-Nieczuły (DE)	,297*	,036	50

Otrzymane wyniki potwierdzają związek między problematycznym używaniem Internetu a wymiarem relacji interpersonalnych o charakterze Zimny-Nieczuły (DE). Nie uzyskano wyników pozwalających na potwierdzenie zakładanej zależności między problematycznym używaniem Internetu a wymiarami relacji interpersonalnych typu: Pewny siebie-Dominujący (PA) oraz Arogancki-Wyrachowany (BC).

Weryfikacja hipotezy trzeciej, która wskazuje na to, że wysoki poziom zaangażowania w aktywności internetowe koreluje ujemnie z dużym nasileniem pozytywnych relacji interpersonalnych typu: Niezarozumiały-Szczery (JK), Ciepły-Zgodny (LM), Towarzyski-Ekstrawertywny (NO), została zilustrowana w Tabeli 3.

Tabela 3. Korelacje między wymiarami relacji interpersonalnych: Niezarozumiały-Szczery (JK), Ciepły-Zgodny (LM) oraz Towarzyski-Ekstrawertywny (NO) a problematycznym używaniem Internetu (N=50)

Wymiary relacji interpersonalnych	Problematyczne Używanie Internetu		
	r-Pearsona	p	N
Niezarozumiały-Szczery (JK)	,094	,515	50
Ciepły-Zgodny (LM)	-,030	,837	50
Towarzyski-Ekstrawertywny (NO)	-,030	,837	50

W badaniu nie uzyskano istotnych zależności między problematycznym używaniem Internetu a wymiarami relacji interpersonalnych typu: Niezarozumiały-Szczery (JK), Ciepły-Zgodny (LM) oraz Towarzyski-Ekstrawertywny (NO).

Wyniki uzyskane w drugim projekcie badawczym. Analizy służące zweryfikowaniu hipotezy, która zakłada, że im wyższy poziom inteligencji emocjonalnej, tym mniejsze zaangażowanie w aktywności internetowe, zostały ukazane w Tabeli 4.

Tabela 4. Wyniki korelacji r-Persona pomiędzy inteligencją emocjonalną a zaangażowaniem w Internet (N=100)

	Zaangażowanie w Internet		
	r-Pearsona	P	N
Inteligencja emocjonalna	-,195**	0,037	100

Otrzymane wyniki potwierdzają postawioną hipotezę. Występuje bowiem ujemna zależność pomiędzy angażowaniem się w aktywności internetowe i poziomem inteligencji emocjonalnej.

Analizy służące testowaniu hipotezy, że kobiety mają wyższy poziom inteligencji emocjonalnej od mężczyzn zostały zaprezentowane w Tabeli 5.

Tabela 5. Różnice płciowe w zakresie inteligencji emocjonalnej (N=100)

	Inteligencja emocjonalna				
	M	s	t	df	p
Kobiety (N=47)	121,91	16,79	-,046	83	,96
Mężczyźni (N=38)	122,08	15,67			

Uzyskane wyniki nie potwierdzają założonej hipotezy o wyższym wskaźniku inteligencji emocjonalnej u kobiet. Wynik ten może jednak wynikać z braku losowego doboru próby i małej liczby osób badanych. Ważny jest również fakt, że rozkład otrzymanych wyników nie uzyskał rozkładu normalnego.

Weryfikacja hipotezy przyjmującej założenie, iż kobiety w stosunku do mężczyzn mniej angażują się w aktywności internetowe została zaprezentowana w Tabeli 6.

Tabela 6. Różnice międzypłciowe w zakresie zaangażowania w Internet (N=100)

	Zaangażowanie w Internet				
	M	s	t	df	p
Kobiety (N=47)	50,25	16,45	-,717	83	,48
Mężczyźni (N=38)	52,97	18,49			

Otrzymane wyniki nie potwierdzają postawionej hipotezy. Być może wynika to z faktu, że grupa badanych osób była zbyt mała oraz różnoliczna pod względem płci.

Wyniki uzyskane w trzecim projekcie badawczym. Wyniki analiz służących testowaniu hipotezy polegającej na tym, że poziom zaangażowania w aktywności internetowe dodatnio koreluje z Neurotycznością (por. Tab. 7).

Tabela 7. Korelacje między wymiarami Neurotycznością a problematycznym używaniem Internetu (N=50)

Wymiar osobowości w NEO-PI-R	Problematyczne używanie Internetu		
	r-Pearsona	p	N
Neurotyczność	0,36	0,81	50

Hipoteza pierwsza nie potwierdziła się, ponieważ nie odnotowano znaczącej korelacji pomiędzy cechą osobowości określanej jako neurotyczność a nasileniem zaangażowania w aktywności internetowe.

W Tabeli 8 ukazano wyniki dotyczące testowania hipotezy zakładającej, że poziom zaangażowania w aktywności internetowe ujemnie koreluje z trzema cechami osobowości z modelu Wielkiej Piątki: Otwartością na doświadczenia, Ugodowością i Sumiennością.

Tabela 8. Korelacje między wymiarami Otwartość na doświadczenie, Ugodowość i Sumienność a problematycznym używaniem Internetu (N=50)

Wymiar osobowości w NEO-PI-R	Problematyczne używanie Internetu		
	r-Pearsona	p	N
Otwartość na doświadczenie	- 0,316*	0,025	50
Ugodowość	- 0, 347*	0,014	50
Sumienność	- 0,562***	0,000	50

Hipoteza potwierdziła się, ponieważ występuje istotna statystycznie ujemna korelacja pomiędzy poziomem zaangażowania w aktywności internetowe a takimi wymiarami osobowości jak: Otwartość na doświadczenie, Ugodowość i Sumienność. Otrzymany wynik oznacza, że im wyższe nasilenie wymienionych zmiennych osobowościowych, tym mniejsze prawdopodobieństwo ryzykownego angażowania się w aktywności internetowe.

W Tabeli 9 zaprezentowano wyniki służące weryfikacji hipotezy, która zakłada, że czynnikami chroniącymi przed nadmiernym angażowaniem się w aktywności sieciowe są dwie zmienne osobowościowe: Sumienność i Otwartość na doświadczenia. W celu zweryfikowania tej hipotezy wykonano analizę regresji. Przyjęto, że zmienną zależną jest problematyczne używanie Internetu a predyktorami: 1) Sumienność (predyktor pierwszy), 2) Otwartość na doświadczenie (predyktor drugi).

Tabela 9. Podmiotowe czynniki ochraniające przed problematycznym używaniem Internetu. Wyniki analizy regresji (N=50)

Problematyczne używanie Internetu						
Model		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	Istotność
1	Regresja	5711,716	1	5711,72	22,21	,000
	Reszta	12342,784	48	257,14		
	Ogółem	18054,500	49			
2	Regresja	6695,076	2	3347,54	13,85	,000
	Reszta	11359,424	47	241,69		
	Ogółem	18054,500	49			

Hipoteza została potwierdzona. Zarówno Sumienność, jak i Otwartość na doświadczenie pełnią funkcję czynników chroniących przed nadmiernym angażowaniem się w aktywności sieciowe. Otrzymany wynik oznacza, że u osób cechujących się wyższą Sumiennością i większym poziomem Otwartości na doświadczenie występuje mniejsze prawdopodobieństwo angażowania się w patologiczne korzystanie z sieci w stosunku do jednostek, u których występuje niskie nasilenie wymienionych cech osobowości.

Wyniki uzyskane w czwartym projekcie badawczym. Ankietowani uzyskali wysokie wyniki w *Kwestionariuszu Zaangażowania w Blogi* (M=86,84; sd=17,35). Jakość życia została najwyżej oceniona przez badanych w sferze środowiskowej (M=27,96, sd=5,58) i somatycznej (M=27, sd=3,72), następnie w sferze psychologicznej (M=22,60; SD=3,81). Najniższy wynik respondenci uzyskali wymiarze socjalnym, który wskazuje na satysfakcję z kontaktów interpersonalnych (M=11,32, sd=2,38).

Testowanie postawionych hipotez zostało poprzedzone analizami, w których przebadano zależność między nasileniem kryzysu wartościowania a spostrzeganiem jakości życia w grupie badanych osób. Uzyskane prawidłowości zostały ukazane w Tabeli 10.

Tabela 10. Korelacje pomiędzy kryzysem w wartościowaniu a wymiarami jakości życia w całej badanej grupie (N=50)

	Kryzys w wartościowaniu		
Wymiary poczucia jakości życia:	rho Spearmana	p	N
Somatyczny	-0,367*	,009	50
Psychologiczny	-0,643***	,000	50
Socjalny	-0,410**	,003	50
Środowiskowy	-0,502***	,000	50

Występuje istotna statystycznie korelacja ujemna pomiędzy kryzysem w wartościowaniu a takimi wymiarami poczucia jakości życia, jak: funkcjonowanie somatyczne, funkcjonowanie psychologiczne, funkcjonowanie socjalne, funkcjonowanie środowiska. Otrzymane wyniki wskazują na to, że im głębiej osoba doświadcza kryzysu wartościowania, tym bardziej obniża się u niej poczucie jakości życia w sferze somatycznej, psychologicznej, socjalnej i środowiskowej.

Wyniki dotyczące testowania hipotezy zakładające, że niski poziom zaangażowania w blogi internetowe nie modyfikuje związku między kryzysem w wartościowaniu a dobrostanem psychicznym zostały ukazane w Tabeli 11.

Tabela 11. Korelacje pomiędzy kryzysem w wartościowaniu a wymiarami jakości życia w grupie osób o niskim zaangażowaniu w aktywność blogerską (N=26)

	Kryzys w wartościowaniu		
Wymiary poczucia jakości życia:	rho Spearmana	p	N
Somatyczny	-0,141	,491	26
Psychologiczny	-0,561**	,003	26
Socjalny	-0,531**	,005	26
Środowiskowy	-0,453*	,020	26

U osób cechujących się niskim zaangażowaniu w aktywność blogerską występują istotne zależności pomiędzy doświadczaniem kryzysu w wartościowaniu a poczuciem jakości życia w trzech obszarach: sferze psychologicznej, socjalnej oraz środowiskowej. W badanej grupie nie wystąpił związek pomiędzy doświadczaniem kryzysu w wartościowaniu a poczuciem jakości życia w sferze somatycznej.

Rezultaty odnoszące się do weryfikacji hipotezy, że wysokie zaangażowanie w czynności blogerskie modyfikuje siłę związku pomiędzy doświadczaniem kryzysu w wartościowaniu a poczuciem jakości życia zostały przedstawione w Tabeli 12.

Tabela 12. Korelacje pomiędzy kryzysem w wartościowaniu a wymiarami jakości życia w grupie osób o wysokim zaangażowaniu w aktywność blogerską (N=24)

	Kryzys w wartościowaniu		
Wymiary poczucia jakości życia:	rho Spearmana	p	N
Somatyczny	-0,499*	,013	24
Psychologiczny	-0,706***	,000	24
Socjalny	-0,359	,085	24
Środowiskowy	-0,563**	,004	24

W grupie osób o wysokim zaangażowaniu w aktywności blogerskie istnieją zależności pomiędzy doświadczaniem kryzysu w wartościowaniu a poczuciem jakości życia w trzech sferach: somatycznej, psychologicznej oraz środowiskowej. Otrzymane wyniki świadczą o tym, że u osób bardzo zaangażowanych w czynności blogerskie występują istotne związki między wysokim poziomem kryzysu w wartościowaniu a niskim poczuciem jakości życia w sferze somatycznej, psychologicznej oraz środowiskowej.

Podsumowanie uzyskanych zależności między doświadczaniem kryzysu w wartościowaniu a poczuciem jakości życia w całej grupie, podgrupie osób w niewielkim stopniu zaangażowanych w aktywność blogerską oraz w podgrupie badanych bardzo zaangażowanych w czynności blogerskie zostało ukazane w Tabeli 13.

Tabela 13. Zależności pomiędzy doświadczaniem kryzysu w wartościowaniu a jakością życia w całej grupie, podgrupie osób o niskim zaangażowaniu w aktywność blogerską i podgrupie osób bardzo zaangażowanych w czynności blogerskie

Korelacja KKW-WHO (o charakterze ujemnym)	Zależność w całej grupie	Zależność w grupie osób o niskim zaangażowaniu w aktywności blogerskie	Zależność w grupie osób o wysokim zaangażowaniu w blogi
Kryzys w wartościowaniu a sfera somatyczna	Istotna	Nieistotna	Istotna
Kryzys w wartościowaniu a sfera psychologiczna	Istotna	Istotna	Istotna
Kryzys w wartościowaniu a sfera socjalna/kontaktów	Istotna	Istotna	Nieistotna
Kryzys w wartościowaniu a sfera środowiskowa	Istotna	Istotna	Istotna

4. Wnioski wynikające z przeprowadzonych badań

Wnioski z pierwszego projektu badawczego

Wniosek 1.: Wraz ze wzrostem zaangażowania w używanie Internetu wzrasta deprywacja potrzeby kontaktów społecznych oraz poczucie utraty grupy towarzyskiej. Osoba bardziej zaangażowana w aktywność internetową częściej zaniedbuje kontakty interpersonalne w świecie realnym oraz bardziej izoluje się od grupy rówieśniczej.

Wniosek 2.: Wraz ze wzrostem zaangażowania w aktywności internetowe w kontaktach interpersonalnych zaczynają nasilać się relacje typu: Zimny-Nieczuły.

Wniosek z drugiego projektu badawczego

Zaangażowanie w aktywność internetową koreluje ujemnie z poziomem inteligencji emocjonalnej. Uzyskane wyniki można odnieść do badań Henne (2003). Autor uzyskał dane wskazujące, na istnienie związku między poziomem zaangażowania w aktywności internetowe a inteligencją emocjonalną. Okazało się mianowicie, że poziom wykorzystywania Internetu był ujemnie skorelowany z nasileniem posiadanej inteligencji emocjonalnej ($r = -0{,}41$; $p<0{,}01$), która jest niezbędna do nawiązywania satysfakcjonujących relacji interpersonalnych. U osób charakteryzujących się wysokim poziomem inteligencji emocjonalnej (dla których ważne jest odczytywanie emocji oraz właściwe ich wyrażanie) bardziej satysfakcjonujące są kontakty o charakterze osobistym, a społeczne wsparcie i akceptacja, potrzeby związane z afiliacją i altruizmem pozwalają zachować dobre samopoczucie.

Można jednak przypuszczać, że komunikacja *online* ma także duże znaczenie w zaspokajaniu potrzeb społecznych. Ten rodzaj interakcji charakteryzuje się jednak pewnymi właściwościami, które ją odróżniają od komunikacji „twarzą w twarz". Internet pozwala na większą anonimowość, a ponadto nie wymaga przełamywania nieśmiałości oraz okazywania emocji. Dla osób o niskim poziomie inteligencji emocjonalnej anonimowość i brak bezpośrednich kontaktów zapewnia swego rodzaju ochronę przed negatywnymi ocenami, które w rzeczywistym środowisku wpływają na pogorszenie samooceny i poczucia skuteczności. Ta forma kontaktu pozwala także uzyskać poczucie „świadomego zarządzania" swoim wizerunkiem i przebiegiem relacji z innymi ludźmi.

Wnioski z trzeciego projektu badawczego

Wniosek 1.: Występują zależności pomiędzy cechami osobowości zawartymi w modelu Wielkiej Piątki a poziomem zaangażowania w aktywność internetową. Mianowicie, im wyższa Otwartość na doświadczenie, Ugodowość i Sumienność, tym mniejsze ryzyko nadmiernego korzystania z Internetu.

Wniosek 2.: Takie cechy osobowości jak Sumienność i Otwartość na doświadczenie stanowią istotne czynniki chroniące przed nadmiernym angażowaniem się w aktywności internetowej.

Wnioski z czwartego projektu badawczego

Wniosek 1.: Wśród osób o niskim zaangażowaniu w blogi nie występują istotne korelacje pomiędzy doświadczaniem kryzysu w wartościowaniu a poczuciem jakości życia w sferze somatycznej. Zależność taka wystąpiła w grupie osób o wysokim wskaźniku zaangażowania w blogi. Uzyskany wynik może świadczyć o tym, że mniejsza aktywność w sieci (wiążąca się m.in. z krótszym czasem spędzanym przed komputerem) nie powoduje lub nie pogłębia dyskomfortu somatycznego blogerów.

Wniosek 2.: Wśród osób o wysokim zaangażowaniu w aktywność blogerską nie odnotowano istotnych zależności pomiędzy doświadczaniem kryzysu w wartościowaniu a poczuciem jakości życia w sferze kontaktów z innymi. Uzyskany wynik może stanowić podstawę do stwierdzenia, że blogersi poprzez aktywność internetową tworzą sieć wsparcia, która pozwala im zminimalizować skutki kryzysu wartościowania (Zając, Rakocy, 2007). Jakość relacji sieciowych najprawdopodobniej ma innych charakter niż bezpośrednich kontaktów interpersonalnych. Uzyskana zależność stanowi ważną przesłankę do tego, aby poddać dalszym badaniom relacje sieciowe – szczególnie jako rodzaj czynnika chroniącego w sytuacji doświadczania kryzysów i/lub innych sytuacji trudnych.

5. Możliwości wykorzystania wyników dotyczących podmiotowych korelatów nadmiernego korzystania z Internetu

Uzyskane w badaniach prawidłowości wymagają potwierdzenia na większych grupach badawczych, niemniej pozwalają na wygenerowanie pewnych rekomendacji do działań aplikacyjnych w zakresie profilaktyki uzależnień behawioralnych:

1) Czynnikami chroniącymi przed uzależnieniem od Internetu są poprawne relacje interpersonalne. W oddziaływaniach profilaktycznych należy zatem położyć nacisk na

wzmacnianie umiejętności komunikacji, rozwiązywania konfliktów, reagowania w sytuacjach trudnych, radzenia sobie z negatywnymi emocjami.

2) Istotnym czynnikiem chroniącym przed nadmiernym korzystaniem z Internetu jest poczucie związku z grupą odniesienia (grupą rówieśniczą). Osoba zakorzeniona w pozytywnym środowisku rodzinnym i rówieśniczym ma zaspokojone potrzeby przynależności, które stanowią ważną podstawę w zakresie samorealizacji. Zadania profilaktyczne powinny zatem obejmować procesy integracyjne w grupach zadaniowych (np. szkolnych czy służących rozwojowi zainteresowań).
3) Wydaje się także, że zaangażowanie w pozytywne aktywności w sieci może pełnić pozytywną funkcję w stosunku do osób z pewnymi (trwałymi lub okresowo występującymi) trudnościami o charakterze społecznym. Hipoteza ta wymaga jednak dalszych badań.

Uzyskane wyniki badań w zakresie zależności zachodzących pomiędzy czynnikami podmiotowymi a nadmiernym angażowaniem się w aktywności internetowe wskazują na potrzebę dalszych badań w tym obszarze, zwłaszcza w zakresie:

a) Podmiotowych czynników ryzyka uzależnienia od Internetu;
b) Podmiotowych czynników chroniących przed nadmiernym angażowaniem się w aktywności sieciowe;
c) Mediatorów zależności zachodzących pomiędzy czynnikami osobowościowymi a nadmiernym korzystaniem z Internetu;
d) Środowiskowych i rodzinnych czynników sprzyjających uzależnieniu od Internetu;
e) Środowiskowych i rodzinnych czynników chroniących przed nadmierną aktywnością w sieci;
f) Poziomu zaangażowania w aktywność internetową u osób cechujących się deficytami somatycznymi i lękiem społecznym w kontekście spostrzegania przez nich poczucia jakości życia.

Bibliografia:

Aouil B., Siedlaczek J. (2011). Osobowościowe determinanty dysfunkcjonalnego korzystania z Internetu wśród uczniów gimnazjum, liceum oraz studentów. W: *Internet w psychologii – psychologia w Internecie*. K. Czerwiński, D. Wosik-Kawala, B. Aouil (red.). Wyd. Adam Marszałek, 101-143.

Baruch Y. (2001). The Autistic Society. *Information and Management*, 38, 129-136.

Badora B., Gwiazda M., Hermann M., Kalka J., Moskalewicz J. (2012). *Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych*. Warszawa: CBOS.

Cruzado D. L., Matos R. L., Kendall F. R. (2006). Adiccion a internet: Perfil clinic y epidemiologico de pacientes hospitalizados en un instituto nacional de salud mental. *Revista Medica Herediana* 17 (4), 196-205.

Davis R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior* 17, 187-195.

Gwiazda M. (2011). *Polak w szponach hazardu*. Warszawa: CBOS.

Henne K. (2003). Kompetencja społeczna I inteligencja emocjonalna a zaangażowanie w Internet. *Psychologia Jakości Życia* 2 (1), 111-130.

Joinson A. N. (2003). *Understanding the psychology of Internet behavior. Virtual worlds, real lives*. London: Palgrave.

Jakubik A. (2002). Zespół uzależnienia od Internetu. *Studia Psychologica* 3, 133-142.

Kaliszewska K. (2006). Zagubieni w sieci – czyli o nadmiernym używaniu zasobów i możliwości używania Internetu. W: *Oblicza współczesnych uzależnień*. L. Cierpiałkowska (red.). Poznań: Wydawnictwo UAM, 107-119.

Kim J. (2008). The effect of a R/T group counseling oprogram on Internet addiction level and self-esteem of Internet addiction university students. *International Journal of Reality Therapy* 27 (2), 4-12.

Kowalska M., Skrzypek M., Danso F., Humeniuk M. (2012). Ocena wiarygodności kwestionariusza WHOQOL-BREF w badaniu jakości życia dorosłych, aktywnych zawodowo mieszkańców Aglomeracji Górnośląskiej. *Przegląd Epidemiologiczny* 66, 351-537.

Leung L. (2004). Net-Generation attributes and seductive properties of the Internet as predictors of online activities and Internet addiction. *CyberPsychology and Behavior* 3 (7), 333-348.

Leung L. (2002). Loneliness, self-disclosure, and ICQ (“I seek you”) use. *CyberPsychology and Behavior* 5 (3), 241-251.

Miś-Szczechura T., Jung-Wolska I. (2011). Terapia online na świecie. Porównanie trendów w USA, Wielkiej Brytanii, we Francji, w Austrii, Niemczech i Polsce. W: *Internet w psychologii - psychologia w Internecie*. K. Czerwiński, D. Wosik-Kawala, B. Aouil (red.). Wyd. Adam Marszałek, 28-35.

Morahan-Martin J. (2000). Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. *Computer in Human Behavior* 16 (1), 13-29.

Oleś P. (1989). *Kwestionariusz do badania kryzysu w wartościowaniu*. Warszawa: PTP.

Poprawa R. (2006). *W poszukiwaniu psychologicznych mechanizmów problematycznego używania Internetu wśród polskich internautów*. W: *Oblicza Internetu. Architektura Komunikacyjna Sieci*. M. Sokołowski (red.). Elbląg: IIS PWSZ, 113-124.

Porczyk S., Szczęsna K., Wyżyński T. (2011). Grupa Synapsis Online – medyczna witryna edukacyjna poświęcona psychiatrii i pomocy psychologicznej. Podsumowanie doświadczeń pięciu lat istnienia. W: *Internet w psychologii - psychologia w Internecie*. K. Czerwiński, D. Wosik-Kawala, B. Aouil (red.). Wyd. Adam Marszałek, 36-49.

Rowiński T. (2011). Determinanty dysfunkcjonalnego korzystania z Internetu. W: K. Czerwiński, D. Wosik-Kawala, B. Aouil (red.). *Internet w psychologii – psychologia w Internecie*. Wyd. Adam Marszałek, 77-100.

Śliwak J., Zarzycka B. (2011). Typ samoświadomości a poczucie osamotnienia. *Przegląd Psychologiczny* 54 (3), 241-254.

Thatcher A., Goolam S. (2005). Defining the South African Internet “addict”: Prevalence and biographical profiling of problematic Internet users in South Africa. *South African Journal of Psychology* 35 (4), 766-792.

Wiggins J. (2000). *Interpersonalne Skale Przymiotnikowe IAS-R*, tłum. A. Sękowski, W. Klinkosz, M. Siekańska. Lublin: KUL, Katedra Psychologii Różnic Indywidualnych.

Young K. (1998). Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior* 1, 237-244.

Young K.S. (1996). Pathological Internet use: A case that breaks the stereotype. *Psychological Reports* 79, 899-902.

Zając J. M., Rakocy K. (2007). Blogi i blogosfera z perspektywy sieci społecznych. *Studia medioznawcze*, 3(30), 78-98.

Zhao S. (2005). The Digital Self: Through the Looking Glass of Telecopresent. *Symbolic Interaction* 3 (28), 387-405.

Źródła internetowe:

Jarosz K. (2006). *Siecioholizm – uzależnienie od Internetu*. www.biomedical.pl (data dostępu: 20.10.2015).
www.who.pl (data dostępu: 20.10.2015).

Jolanta Kalka

Identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących przez uzależnieniami behawioralnymi

Abstract

Identification of the risk of behavioral addictions and protective factors

The range of prevalence of selected behavioral addictions in Poland: gambling, workaholism, addiction to shopping and netaddiction, estimated on the basis of quantitative research carried out on several-thousand nationwide representative sample of Poles, was analyzed in different socio-demographic cross-sections. The aim of the analysis was to check whether there are social groups, which are more exposed to the risk of addiction than others and what these groups are. Quantitative (statistical) analysis has been supplemented with data from focus group interviews (FGI) and in-depth interviews (IDI) conducted with addicted people on therapy and those with symptoms of addiction and not attending the treatment. The results of the quantitative research show that each of the tested addictions have its own specific risk factors. Men are at the greater risk of gambling, young women – of shopaholism, the Internet addiction is more common among teenage girls, and workaholism among entrepreneurs, professionals and managers. FGI and IDI have shown, among others, the lack of knowledge about behavioral addictions in almost all respondents, regardless to the type of addiction, age, gender, education etc., and also the common use of cognitive lock, in other words, displacing the knowledge that one can become an addict.

1. Uzasadnienie badań nad wybranym aspektem uzależnień behawioralnych

Artykuł kontynuuje prezentację wyników badań na temat uzależnień behawioralnych zrealizowanych przez CBOS w latach 2012-2014 (zob. artykuł: „Rozpowszechnienie wybranych uzależnień behawioralnych i ich związek z używaniem substancji psychoaktywnych”). Obok oszacowania zasięgu rozpowszechnienia wybranych uzależnień, następnym celem była identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) i innych uzależnień behawioralnych. I temu drugiemu zagadnieniu poświęcony jest niniejszy tekst.

W artykule analizowane są dane z badań ilościowych (ankietowych) i jakościowych (FGI oraz IDI). Daje to unikalną możliwość prezentacji wyników z dwóch punktów widzenia: z perspektywy dużych grup społecznych i z perspektywy indywidualnych opinii, refleksji i doświadczeń.

2. Metodologia prowadzonych badań

Projekt zrealizowano metodą badań ilościowych opisanych w artykule „Rozpowszechnienie wybranych uzależnień behawioralnych i ich związek z używaniem substancji psychoaktywnych". Dodatkowo w 2012 roku przeprowadzono badania jakościowe: wywiady grupowe (FGI) oraz wywiady indywidualne (IDI), których celem było pogłębienie wiedzy na temat czynników ryzyka i czynników chroniących przez uzależnieniami behawioralnymi.

Opis rekrutacji badanych osób do FGI oraz IDI. Warto wspomnieć o trudnościach realizacyjnych. Początkowo zakładano, że część sesji FGI będzie poświęcona innym niż hazard uzależnieniom behawioralnym. Rzeczywistość zweryfikowała te zamierzenia. Osoby mające problem z zakupo- i pracoholizmem korzystają raczej z terapii indywidualnej. Dlatego skompletowanie grup fokusowych im poświęconych okazało się niemożliwe. W efekcie założenia badawcze zostały skorygowane – w ramach FGI przeprowadzono 14 sesji z hazardzistami i 2 sesje z osobami uzależnionymi od sieci, natomiast problem zakupoholizmu i pracoholizmu badany był metodą indywidualnych wywiadów pogłębionych (8 IDI).

Rekrutacja hazardzistów odbywała się – w zależności od typu grupy – bądź bezpośrednio w miejscach gry (automaty w salonach gier, zakłady bukmacherskie, kasyna), bądź w ośrodkach/grupach terapeutycznych, za pośrednictwem i przy pomocy wskazanych przez eksperta CBOS terapeutów z różnego rodzaju poradni i ośrodków zdrowia psychicznego[1].

Przyjęto dwa kryteria doboru do FGI: 1) hazardziści „świadomi" – osoby uczestniczące w grupach wsparcia lub w grupach terapeutycznych dla nałogowych graczy, 2) hazardziści „nieświadomi" – osoby grające „codziennie lub prawie codziennie".

Przy doborze siecioholików do FGI zastosowano kryteria: 1) uczniowie ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych, u których w trakcie terapii innego rodzaju terapeuta dostrzegł symptomy uzależnienia od Internetu; 2) uczniowie ostatnich klas szkół ponadgimnazjalnych

[1] Potencjalni uczestnicy FGI poszukiwani byli między innymi w następujących miejscach: Instytut Psychologii Zdrowia, Fundacja Praesterno, Poradnia "Powrót z U", Centrum Odwykowe SP ZOZ, Poradnia "Maraton", Ośrodek "Poza iluzją", Ośrodek "Ordo ex Chao", grupy anonimowych hazardzistów, działające w Warszawie, strony internetowe, m.in.: www.hazardzisci.org oraz www.anonimowihazardzisci.org

uczestniczący obecnie lub w bliskiej przeszłości w terapii z powodu problemów wywołanych nadmiernym korzystaniem z sieci.

Rekrutacja praco- i zakupoholików była dużo większym wyzwaniem, m.in. z powodu braku państwowej placówki, która mogłaby posłużyć jako „punkt wyjścia" (odpowiednik przychodni na Zgierskiej w przypadku hazardzistów), oraz ogólnej niechęci do pomocy ze strony przedstawicieli gabinetów prywatnych.

Pierwszy etap poszukiwań osób poddających się terapii zakupo- i pracoholików odbywał się za pośrednictwem Internetu. Po wstępnej selekcji państwowych i prywatnych ośrodków, próbowano nawiązać kontakt z terapeutą drogą mailową. Nie uzyskano jednak żadnej odpowiedzi. W dalszej kolejności wykonywano telefony do placówek i gabinetów znalezionych w sieci. Należy zaznaczyć, że poszukiwania miały zasięg ogólnopolski.

Pewnym zaskoczeniem była niska, niemal zerowa znajomość (choćby ze słyszenia) placówek zajmujących się leczeniem pacjentów z podobnymi uzależnieniami wśród terapeutów, którzy pomagali przy realizacji pierwszego etapu badania (sesji FGI z hazardzistami i osobami uzależnionymi od Internetu).

Częsta była też negatywna reakcja terapeutów na pojęcia: „uzależnienie od pracy" czy „pracoholizm". Najczęściej mówiono o nieadekwatności tych pojęć w odniesieniu do Polski – kraju „na dorobku", o obowiązku spłacania kredytów na mieszkania czy samochody. Jeden z rozmówców (znany terapeuta), powołując się na liczne międzynarodowe akredytacje, określił pracoholizm mianem terminu wyłącznie publicystycznego. Inna znana i ceniona terapeutka stwierdziła, że pracoholizm w Polsce nie istnieje, a przeszczepianie tego terminu z zachodniego kontekstu, w którym powstał, nie ma sensu.

Przy bardzo ograniczonej pomocy ze strony profesjonalistów najbardziej skuteczna w poszukiwaniu respondentów okazała się metoda kontaktów osobistych. Korzystano także z pomocy dziennikarzy zajmujących się problematyką uzależnień. Rekrutacja trwała od marca do maja 2012 roku. Udało się przeprowadzić 8 wywiadów pogłębionych: 4 z zakupoholikami i 4 z pracoholikami.

Opisany proces rekrutacji do badań jakościowych jest interesującą ilustracją stanu świadomości i możliwości leczenia niektórych uzależnień behawioralnych.

Charakterystyka zastosowanych metod pomiaru czynników ryzyka i czynników chroniących przed uzależnieniami behawioralnymi. Przy określaniu poziomu uzależnienia

korzystano w badaniach ilościowych z wybranych testów[2]. Celem identyfikacji społeczno-demograficznych czynników ryzyka analizowano wyniki testów w różnych przekrojach, to znaczy w podziale na: płeć, wiek, status zawodowy itp. Najwięcej informacji o czynnikach chroniących przed uzależnieniami dostarczyły badania jakościowe (FGI oraz IDI), zwłaszcza wywiady z osobami uzależnionymi, które były w trakcie terapii.

5. Wyniki przeprowadzonych badań

Wyniki badań dotyczące hazardu. Struktura społeczna graczy jest bardzo zróżnicowana. Gry na pieniądze pociągają osoby z różnych szczebli drabiny społecznej. Przy porównaniu danych z lat 2012-2014 można stwierdzić, że wśród graczy:

- nadal ponad połowa to mężczyźni, ale notuje się lekki wzrost udziału kobiet
- przeważają mieszkańcy miast, lecz wzrósł nieco udział mieszkańców wsi
- podobnie reprezentowane są wszystkie kategorie wiekowe, przy czym zanotowano wzrostową tendencję w przypadku osób w wieku emerytalnym
- ponad połowa graczy to osoby z wykształceniem wyższym lub średnim
- gracze mają relatywnie wyższe miesięczne dochody osobiste netto: dochody co trzeciego z nich przekraczają 2000 zł, wśród niegrających takie dochody osiąga co czwarta osoba.

W dalszej analizie ze względu na nieduże liczebności badanych osób, połączono wszystkie poziomy uzależnienia od hazardu. Zróżnicowania społeczno-demograficzne są prezentowane w dychotomicznym podziale: gracz nie ma problemu z hazardem (0 punktów w indeksie CPGI[3]) – gracz ma słabsze lub silniejsze symptomy uzależnienia (1 punkt lub więcej w indeksie CPGI). Uzyskane wyniki wskazują, że:

- Mężczyźni są bardziej zagrożeni uzależnieniem od hazardu niż kobiety. U co piątego gracza płci męskiej występują symptomy uzależnienia (21,4%). Zagrożonych kobiet jest dwukrotnie mniej (Rys. 1). Dane z 2012 i 2014 roku są niemal takie same.
- Grupą podwyższonego ryzyka są ludzie młodzi. W 2014 roku wśród osób liczących 18-24 lata odsetek zagrożonych uzależnieniem od hazardu jest najwyższy, wysoki był też w 2012 roku (Rys.1). Wśród najmłodszych – czyli 15-17-latków – odsetek zagrożonych

[2] CPGI (Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych) – zagrożenie uzależnieniem od hazardu
2. Internet Addiction Test (Young, 1998) – zagrożenie uzależnieniem od Internetu
3. Valence, d'Astous and Fortier Compulsive Buying Scale – zagrożenie uzależnieniem od zakupów
4. test Bryana E. Robinsona – zagrożenie uzależnieniem od pracy.

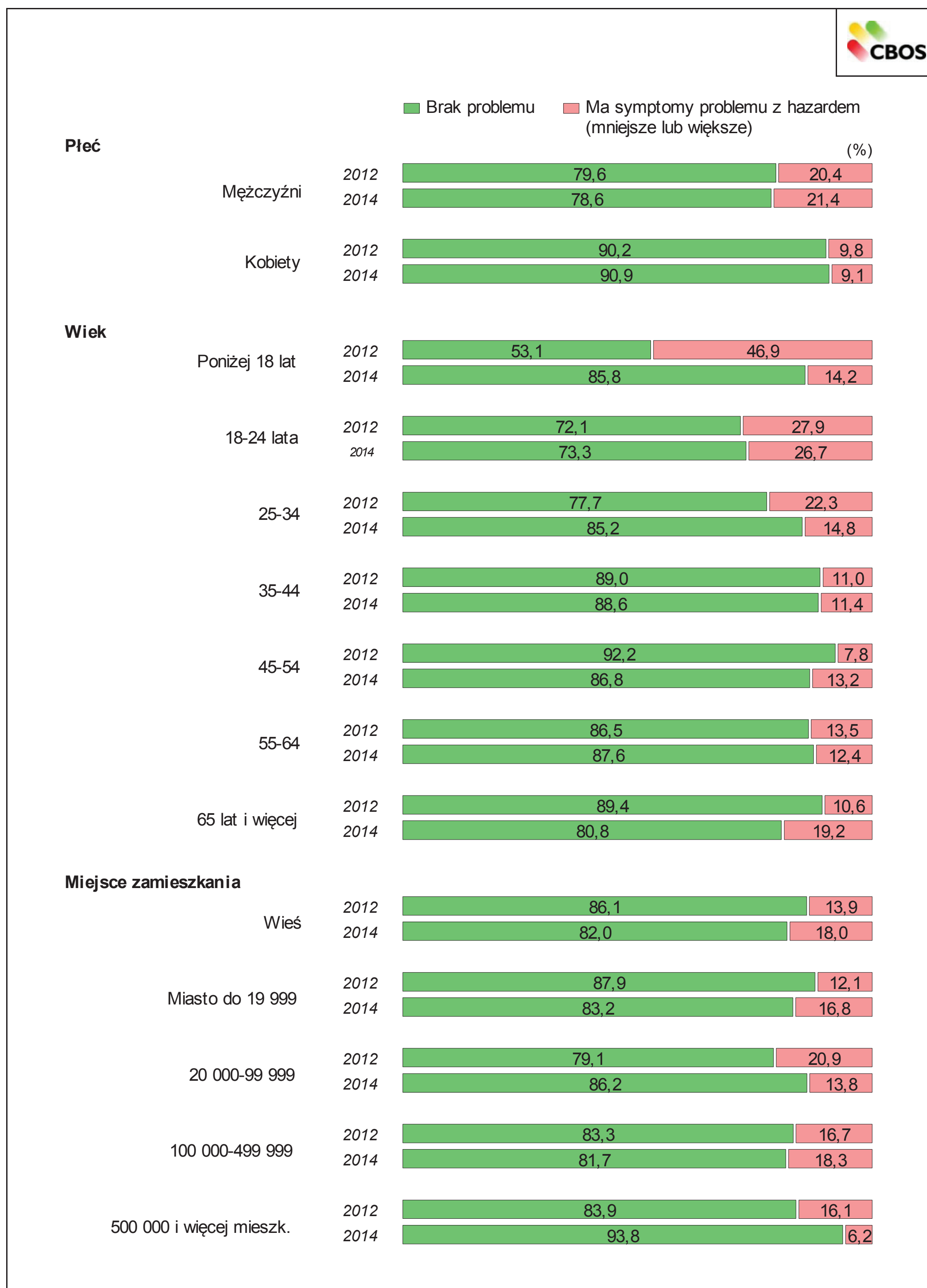
[3] Kanadyjski Indeks Gier Hazardowych

istotnie zmniejszył się. Jego przyczyny mogą być różne, np. ograniczony dostęp do automatów[4], kroki prawne podejmowane przez Służbę Celną wobec grających w zagranicznych grach hazardowych[5] itp.

- Drugą grupą podwyższonego ryzyka są osoby starsze (w wieku 65+). W porównaniu z 2012 rokiem zanotowano wzrost odsetka graczy w tym wieku mających symptomy uzależnienia od hazardu (Rys.1).
- Spadła nieco liczba osób zagrożonych uzależnieniem od hazardu w największych miastach, a wzrosła ich liczba na wsi (por. Rys.1).
- Problem uzależnienia od hazardu zaczyna dotykać w większym stopniu osób słabiej wykształconych, a w mniejszym – graczy z wyższym wykształceniem, co przekłada się na zwiększenie liczby zagrożonych uzależnieniem wśród osób o niskich zarobkach (por. Rys. 2).

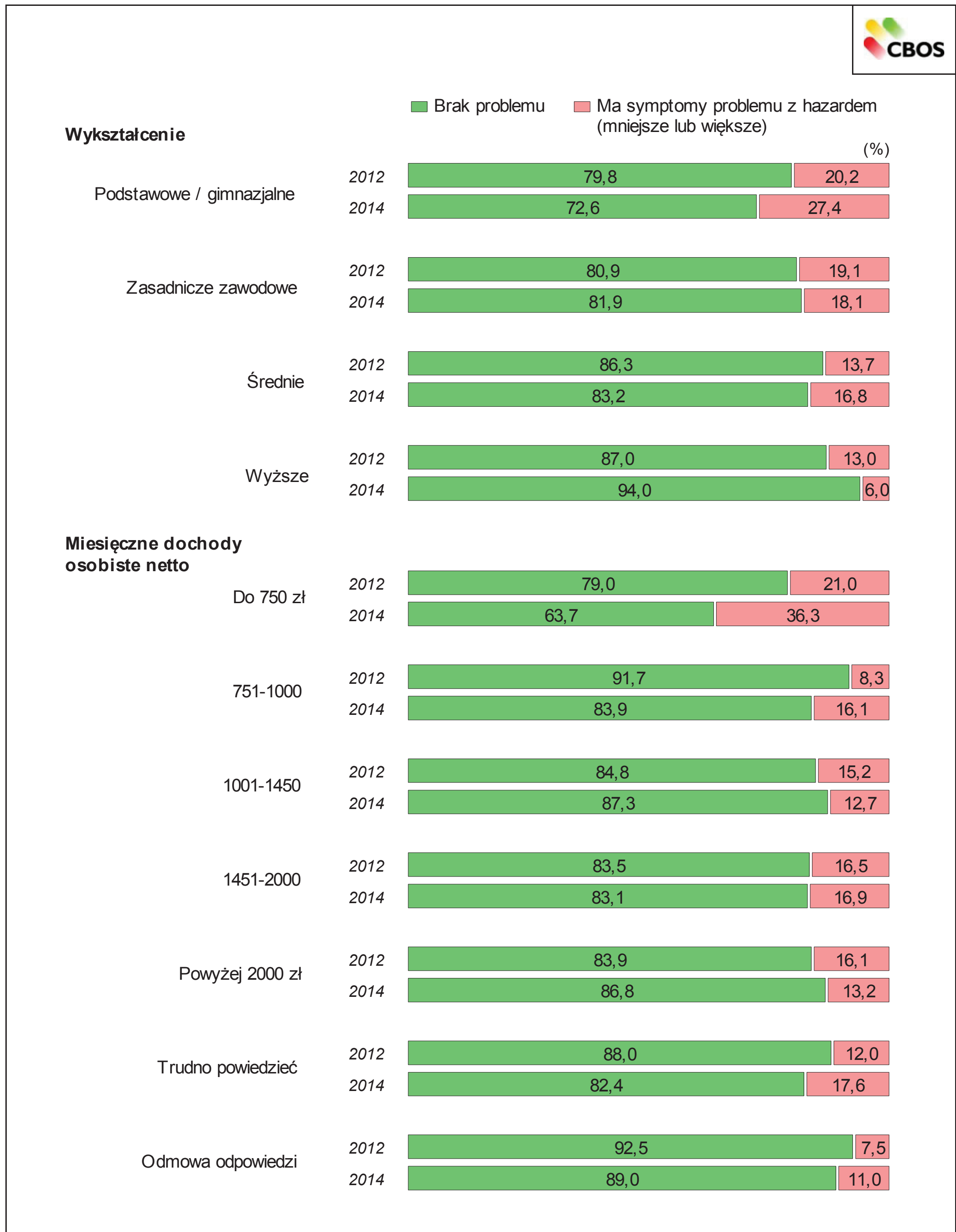
[4] Według danych Służby Celnej liczba automatów do gier bardzo spadła – z ponad 55 000 w 2010 roku do 7 316 w 2013 roku, z drugiej jednak strony w prasie nie brakuje artykułów na temat przenoszenia automatów do szarej strefy.
[5] W listopadzie 2014 roku Służba Celna podała, że uzyskała dotychczas informacje o ponad 24 000 graczy, którzy brali udział w zagranicznych grach hazardowych, w tym o 17 700 graczach, którzy uzyskali wygrane na łączną kwotę 27 mln zł, i wszczęła ponad 1100 postępowań przygotowawczych w tych sprawach.

Rysunek 1. Społeczno-demograficzne czynniki zróżnicowania zagrożenia hazardem



Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań

Rysunek 2. Społeczno-demograficzne czynniki zróżnicowania zagrożenia hazardem



Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań

Zanotowane zmiany w strukturze społeczno-demograficznej osób zagrożonych uzależnieniem od hazardu i uzależnionych wymagają dalszego monitorowania.

Niewykluczone bowiem, że są one po części efektem niekontrolowanych czynników realizacyjnych czy sytuacyjnych (jak np. znaczące zmniejszenie liczby legalnych automatów do gier).

Inne aspekty problemu uzależnienia od hazardu pokazuje m.in. analiza zróżnicowań motywacji graczy. W motywacjach osób grających na automatach pierwszoplanową rolę odgrywają czynniki psychologiczne, to znaczy potrzeba rozproszenia nudy – żeby „coś się działo" (wskazuje na nie 44,0%), a w dalszej kolejności – chęć zasilenia domowego budżetu (23,2%). W motywacjach osób grających w gry Totalizatora Sportowego kolejność jest odwrotna, kluczową rolę motywacyjną odgrywają czynniki finansowe, zwłaszcza chęć zasilenia domowego budżetu (32,3%) i nadzieja na główną wygraną (25,2%)[6]. Gry w mniejszym stopniu angażujące graczy emocjonalnie są bezpieczniejsze, natomiast gry takie, jak automaty mają większy potencjał uzależniający.

Głębsze zróżnicowania między graczami ujawniły badania jakościowe (FGI). Dla graczy nieaktywnych pojęcia „hazardzista" i „nałogowy gracz" były tożsame, ich zdaniem taka osoba nie realizuje się w żadnej innej dziedzinie czy roli społecznej.

Część graczy aktywnych nie odbierało określenia „hazardzista" jako pejoratywnego, traktując je jako żartobliwe bądź metaforyczne: *bo życie to też hazard*. Wynikało to m.in. z subiektywnej oceny swojego stylu gry jako nienoszącego cech hazardu problemowego. Była to na ogół złudna samoocena, bo większość uczestniczących w badaniu graczy aktywnych znajdowała się w różnych fazach uzależnienia, m.in. nie kontrolowała gry i skutecznie ukrywała przed otoczeniem jej skalę lub nawet sam fakt uczestnictwa w grze. Ucieczka przed etykietą „hazardzisty" i nerwowa reakcja na określenia odwołujące się do uzależnienia miały też aspekt czysto pragmatyczny. Zyskanie opinii „hazardzisty" i utrata zaufania otoczenia mogłyby bowiem skutkować utratą źródeł finansowania gry. Jak stwierdził jeden z aktywnych graczy: *nałogowcowi nikt nie pożyczy pieniędzy.*

Niektórzy gracze aktywni protestowali przeciwko definiowaniu hazardu jako rodzaju nałogu, bo kojarzy się on z innymi – postrzeganymi jako „gorsze" – uzależnieniami, czyli z alkoholizmem i narkomanią. Jak to zwerbalizował jeden z graczy: *Nałogowiec to jak narkoman jakiś czy alkoholik, za to już można w mordę dać.* Ten punkt widzenia miał jeszcze inny wariant definicyjny – gracze, którzy akceptowali etykietkę hazardzisty, uważali, że bycie hazardzistą jest mniej kompromitujące niż bycie alkoholikiem czy narkomanem: *To nie jest*

[6] Z powodu niedużych liczebności nie można niestety zaprezentować analogicznych danych dla osób grających w kasynach czy w Internecie.

nic strasznego, lepiej być nałogowym graczem niż nałogowym alkoholikiem albo narkomanem.

Odrębną grupę stanowili pokerzyści i osoby zawierające zakłady bukmacherskie. W ich przypadku brak identyfikacji z hazardzistami opierał się na przekonaniu o „wyższości" uprawianej gry – opartej, ich zdaniem, na wiedzy i umiejętnościach, a nie na czynniku losowym. Dla tej grupy osób etykieta hazardzisty była obraźliwa.

Ten skrótowy przegląd poglądów pokazuje, w jak różnych formach racjonalizują hazard i problem uzależnienia osoby potencjalnie nim zagrożone.

Opinie graczy aktywnych były zróżnicowane, w głównej mierze w zależności od skali poniesionych strat finansowych a częściowo również od przyjętej strategii racjonalizacji gry i formy samokontroli. Ich świadomość można sklasyfikować w kilku kategoriach:

1. **Zawodowcy –** gracze mający świadomość ryzyka, jest ono kontrolowane m.in. za pomocą metod statystycznych; uprawiana gra jest pracą; gracze odnoszą sukcesy, bo utrzymują się z gry (w przeprowadzonym badaniu były to wyłącznie osoby grające zawodowo w pokera).
2. **Przegrani i silnie uzależnieni –** gracze mający pełną świadomość ryzyka związanego z uprawianiem hazardu, ponieważ stracili (prawie) wszystko, m.in. rozpadły się ich rodziny; od czasu do czasu grają, lecz na bardzo niskie stawki, gdyż na inne ich nie stać; jeśli nie mają pieniędzy na grę, to chodzą do kasyna czy salonów gier, żeby chociaż popatrzeć.
3. **Kontrolerzy wysokości stawek –** gracze mający świadomość ryzyka związanego z uprawianiem hazardu i starający się to ryzyko kontrolować lub nie powielać bardziej ryzykownych zachowań; kontrola wysokości stawek wynikała z negatywnych doświadczeń, tu wystąpiły dwa warianty sytuacji: a) gracze doświadczyli wysokiej przegranej (kilkanaście tysięcy złotych) w krótkim czasie, wysoka przegrana już się nie powtórzyła, potem grali na (relatywnie) niższe stawki, b) przegrana nie była wysoka (rzędu kilkuset złotych), lecz już była powodem do przerwania gry na 1-2 miesiące lub do radykalnego obniżenia stawianych kwot albo przyczyną samokontroli było przekonanie badanych, że „nie wygrają z maszynami", dlatego nie grają wysoko.
4. **Gracze rozrywkowi –** osoby w tej grupie nie dostrzegają większego ryzyka związanego z uprawianiem hazardu, ponieważ: mają poczucie bezpieczeństwa, nie doświadczyli wysokiej przegranej, uważają, że w sumie wielkich pieniędzy nie przegrali; mają świadomość nieuchronnych strat finansowych, lecz traktują je jako element wkalkulowany w definicję sytuacji.

5. **Gracze początkujący –** brakuje im jakiejkolwiek refleksji na temat ryzyka związanego z uprawianiem hazardu; mają już pewne negatywne doświadczenia (np. przegrali pieniądze przeznaczone na buty, na telefon itp.), lecz je lekceważą; są to gracze na ogół (bardzo) młodzi.

Tylko dwie grupy graczy aktywnych z całą pewnością mają dużą wiedzę na temat hazardu i jego konsekwencji: zawodowcy oraz przegrani i silnie uzależnieni. Jest ona bliska opiniom graczy leczących się. Lecz nawet ci „przegrani" nie używali tak ekstremalnego języka do opisu swojego problemu, jak gracze leczący się. *Nieleczony hazard to (...) jest albo już zakład psychiatryczny, oddział chroniczny już na końcu, albo więzienie z powodu kradzieży, malwersacji i nadużyć, które są robione, albo śmierć przez samobójstwo albo przez wypadki.* Takiej świadomości graczom brakuje, zwłaszcza rozrywkowym i początkującym.

Motywacją do podjęcia terapii jest – według najbardziej typowego scenariusza – przegranie dużych pieniędzy lub utrata wszystkiego (mieszkania, pracy, rodziny), pojawienie się windykatorów, wierzycieli. W motywacjach czasem silniejsze są czynniki emocjonalne: *nienawiść do siebie, poczucie zeszmacenia*. Inną drogą do terapii hazardowej bywa: wcześniejsza terapia (w naszym badaniu była to terapia alkoholowa), pomoc pracodawcy (który zapisał gracza na terapię), próba samobójcza (w tym także pozorowana – np. ze strachu przed wierzycielami).

Podjęcie terapii nie oznaczało definitywnego zakończenia gry. Badani przerywali ją na pewien czas, potem do niej wracali, później ponownie podejmowali grę itd. Jeden z graczy miał za sobą 8 terapii (3 razy oddział dzienny, 3 razy terapia ambulatoryjna, 2 razy terapia na oddziale zamkniętym).

Z doświadczeń osób leczących się wiadomo, że gracze nie zdawali sobie sprawy z tego, jak szybko można się uzależnić i jak wygląda życie osoby uzależnionej. Ich doświadczenia są najmocniejszym argumentem na rzecz prowadzenia konsekwentnej i wielostronnej edukacji na temat uzależnienia od hazardu.

Wyniki badań dotyczące pracoholizmu. Według danych Eurostatu od kilku lat w czołówce najbardziej zapracowanych są Polacy[7]. Lecz istnieje różnica między osobą ciężko

[7] Dane Eurostatu obejmują kraje Unii Europejskiej. Liczony jest średni tygodniowy czas pracy w podstawowym miejscu pracy.

pracującą a pracoholikiem. Jej zrozumienie ułatwiają wywiady pogłębione z uzależnionymi od pracy. Istotę problemu obrazują następujące wypowiedzi:

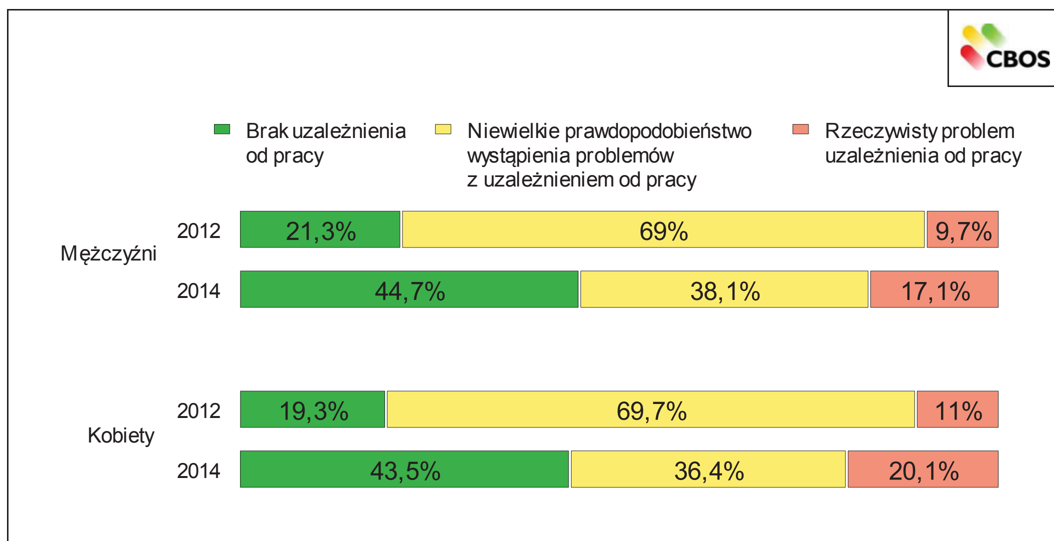
- *Jak wyjeżdżałem, nawet w najdalsze zakątki gdzieś ponurkować, no to powiedzmy miałem 4 godziny na rafie, a 4 godziny siedziałem przy notebooku.*
- *Praktycznie były takie okresy, że nawet przez 7 dni w tygodniu nie wychodziłem z pracy. Nie potrafię rozgraniczyć pracy od pozostałych części mojego życia.*
- *Nie mogłem się doczekać, że ja idę do pracy (...) Przespać noc i iść do pracy. Bardzo często takie myśli przychodziły. W pracy (...) czułem się świetnie. (...) W domu tej atmosfery nie ma. Nie ma takiego dreszczyku emocji.*
- *Można być pracoholikiem również w domu.(...) W weekend też nie byłam w stanie usiąść. (...) Tylko cały czas coś robić, robić, robić.*
- *Poprzesuwały się terminy w projektach i nałożyły się (...) na termin narodzin dziecka (...), to naprawdę nie powinno tak wyglądać, że ja zły jestem na to, że dziecko się urodzi w tym terminie.*

Poznanie przyczyn podjęcia terapii przez badanych pracoholików jest kolejną ilustracją stanu wiedzy na temat uzależnień behawioralnych. Trzy osoby trafiły na terapię z innych powodów niż pracoholizm: w jednym przypadku był to alkoholizm, w drugim – leczenie problemów somatycznych (m.in. nadciśnienie), w trzecim – koleżanka osoby uzależnionej zauważyła, że ma ona jakiś niezidentyfikowany problem i umówiła ją ze znajomą terapeutką. Kolejny respondent najpierw trafił na terapię hellingerowską, na której pracoholizm traktowany był jako następstwo problemów życiowych, a nie jako ich źródło, a dopiero później na terapię właściwą.

Wyniki przeprowadzonych badań ilościowych wskazują, iż nieco bardziej zagrożone pracoholizmem są kobiety niż mężczyźni[8]. W porównaniu z rokiem 2012 zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn przybyło tych, dla których uzależnienie od pracy stanowi rzeczywisty problem (odpowiednio o 9,1 i 7,4 punktu) (Rys. 3).

[8] Należy jednak dodać, że ze statystycznego punktu widzenia różnice pomiędzy płciami są nieistotne.

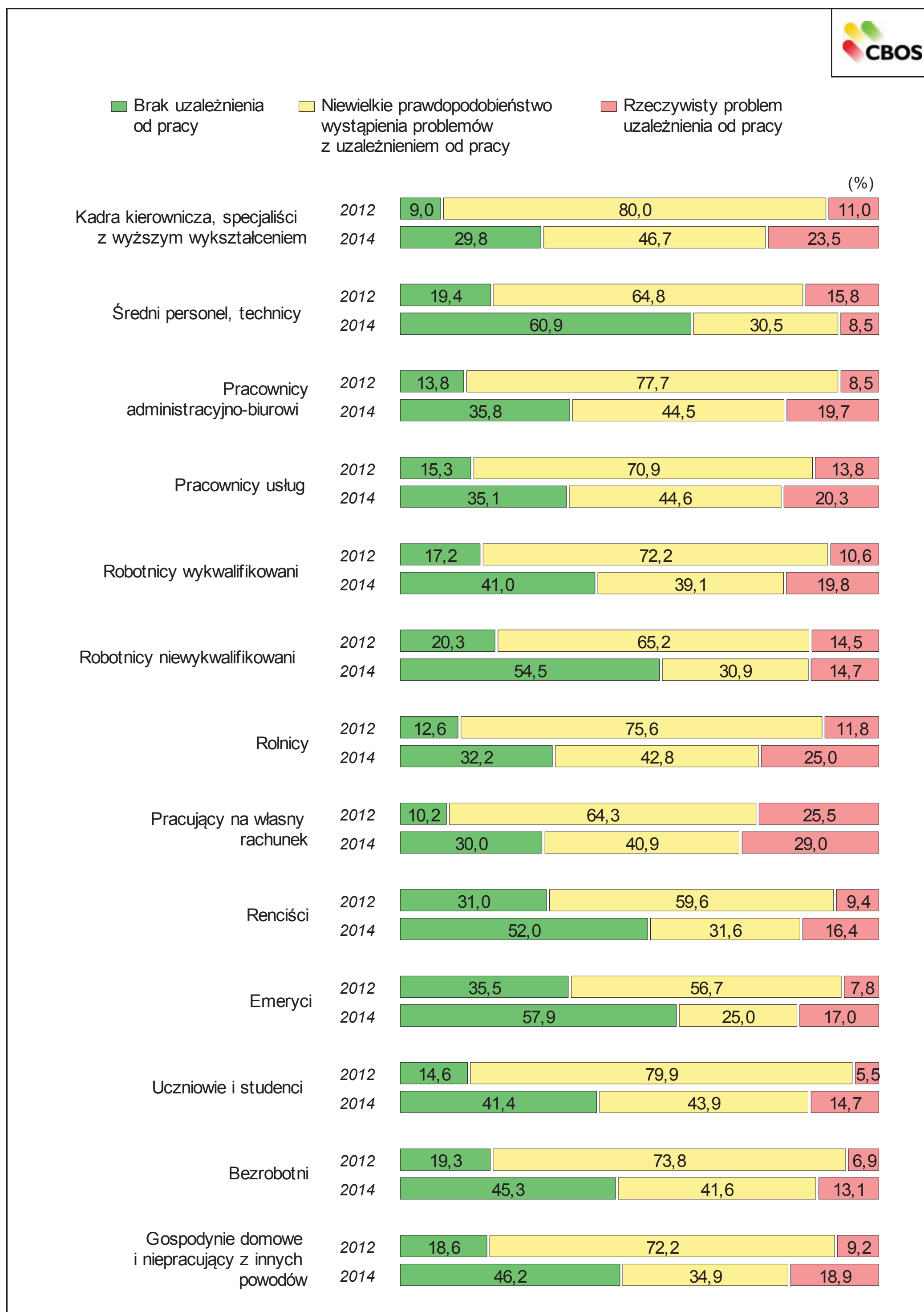
Rysunek 3. Zagrożenie uzależnieniem od pracy w zależności od płci badanych



Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań

Kluczowym czynnikiem różnicującym poziom zagrożenia uzależnieniem od pracy jest status społeczno-zawodowy. Pracoholizmowi sprzyja w szczególności praca na własny rachunek, zarówno w pozarolniczych sektorach gospodarki, jak i w rolnictwie, gdzie odsetki osób zdradzających objawy występowania realnego problemu były najwyższe i wynosiły odpowiednio 29,0% i 25,0% oraz zajmowanie samodzielnych specjalistycznych stanowisk lub pełnienie funkcji kierowniczych (Rys. 4).

Rysunek 4. Zagrożenie uzależnieniem od pracy w grupach społeczno-zawodowych



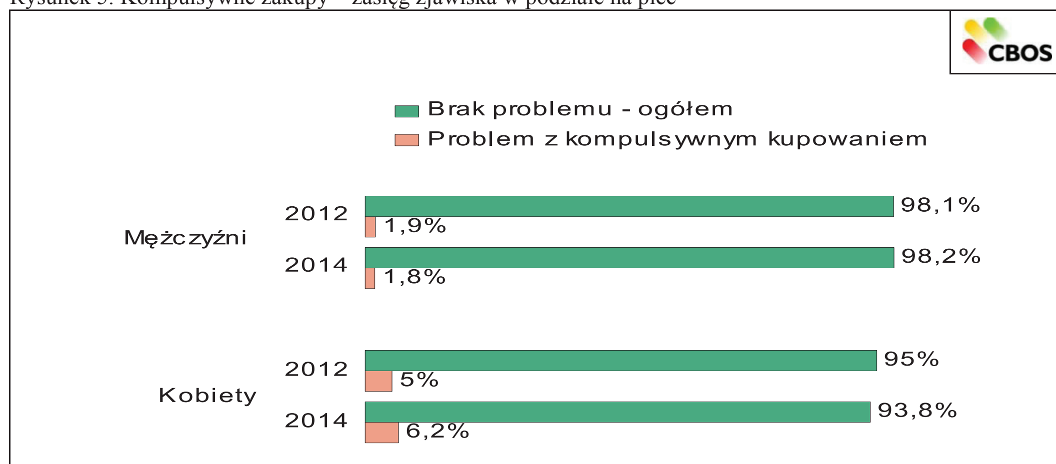
Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań

Porównano deklaracje dotyczące tygodniowego czasu pracy wśród badanych pracujących zarobkowo. Respondenci, dla których pracoholizm stanowi rzeczywisty problem, przeciętnie tygodniowo pracują o 3 godziny dłużej niż osoby zagrożone pracoholizmem w niewielkim stopniu i ponad 5 godzin dłużej niż nieuzależnieni[9]. Potwierdza to porównanie wartości median: wśród nieuzależnionych mediana wynosi 40 godzin, wśród zagrożonych pracoholizmem: 48 godzin.

Porównano także motywacje do pracy – osoby zagrożone uzależnieniem od pracy są bardziej niż nieuzależnione zmotywowane do zdobycia wyższej pozycji zawodowej, awansu oraz osiągnięcia wyższego lub utrzymania wysokiego statusu materialnego – co pokazują wartości średnich. Wśród nieuzależnionych motywacje materialne mają, na 10-punktowej skali[10], średnią ocenę ważności 6,58, wśród zagrożonych pracoholizmem średnia ma wartość 7,24. Podobna różnica występuje w przypadku ambicji zawodowych (średnie oceny ważności wynoszą 4,87 dla nieuzależnionych i 5,50 dla zagrożonych pracoholizmem).

Wyniki badań dotyczące zakupoholizmu. Dane empiryczne potwierdzają wiedzę potoczną: zakupoholizm to dużo częściej problem kobiet niż mężczyzn. Odsetek mężczyzn wykazujących symptomy problemowego kupowania nie uległ zmianie w ciągu ostatnich dwóch lat i sięga około 2%, natomiast odsetek zagrożonych uzależnieniem od zakupów kobiet – już w 2012 roku ponad dwukrotnie wyższy w stosunku do mężczyzn – zwiększył się jeszcze do poziomu 6,2% (Rys. 5).

Rysunek 5. Kompulsywne zakupy – zasięg zjawiska w podziale na płeć



Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań

[9] Stwierdzone różnice średnich arytmetycznych są istotne statystycznie.
[10] Na zastosowanej skali 1 oznaczało – „nie ma to dla mnie znaczenia", a 10 – „jest to dla mnie bardzo ważne".

Obok płci, drugim czynnikiem ryzyka jest wiek: to problem dotykający przede wszystkim ludzi młodych. Wśród badanych mających problem z kompulsywnym kupowaniem osoby, które nie ukończyły 25. roku życia stanowią 30,6%, a kolejne 26,7% to osoby w przedziale wiekowym 25-34 lata. Apogeum zjawiska kompulsywnych zakupów obserwuje się wśród kobiet w wieku do 24 lat. Po przekroczeniu tego progu wiekowego problem stopniowo się zmniejsza, osiągając najniższy – i zbliżony wśród kobiet i mężczyzn – poziom w grupie wiekowej 65 lat i więcej.

Zakupoholikiem – jak i patologicznym hazardzistą - można zostać posiadając nawet niewielkie dochody. Zakupoholicy –- w porównaniu z osobami niemającymi tego problemu – częściej deklarują zarówno najniższe (do 750 zł), jak i najwyższe (powyżej 2000 zł) miesięczne dochody osobiste (por. Tab.1).

Tabela 1. Struktura dochodów w podziale na grupę niezagrożoną i zagrożoną kompulsywnym kupowaniem (dane dla 2014 roku)

		Brak problemu z kompulsywnym kupowaniem	Problem z kompulsywnym kupowaniem
		100%	100%
Miesięczne dochody osobiste netto	Do 750 zł	5,9	16,1
	751-1000	10,2	9,1
	1001-1450	15,0	15,5
	1451-2000	21,4	11,0
	Powyżej 2000 zł	26,6	36,7
	Trudno powiedzieć	7,4	3,0
	Odmowa odpowiedzi	13,4	8,5

Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań.

Ciekawe jest porównanie strategii finansowych osób zagrożonych i niezagrożonych zakupoholizmem. W obu grupach zdecydowana większość nie miała żadnych dodatkowych źródeł zarobkowania (odpowiednio 80% i 81,9%), przy czym zagrożeni mają wyraźną skłonność do życia *ponad stan*. Większość osób z tej grupy nie rezygnowała z większych wydatków (52,6%) i nie ograniczała ich do niezbędnego minimum (66,2%) i częściej pożyczała pieniądze (31,5%) (por. Tab. 2).

Tabela 2. Strategie finansowe w podziale na grupę niezagrożoną i zagrożoną kompulsywnym kupowaniem (dane dla 2014 roku)

Czy w ostatnim roku:	Brak problemu z kompulsywnym kupowaniem	Problem z kompulsywnym kupowaniem
	Odsetki odpowiedzi przeczących	
znalazł(a) Pan(i) dodatkowe źródło zarobkowania?	81,9	80,0
rezygnował(a) Pan(i) z większych wydatków?	46,4	52,6
ograniczał(a) Pan(i) wydatki do niezbędnego minimum?	55,9	66,6
	Odsetki odpowiedzi twierdzących	
pożyczał(a) Pan(i) pieniądze od kogoś z rodziny lub znajomych?	14,4	31,5
pożyczał(a) Pan(i) pieniądze w firmie oferującej szybkie pożyczki?	1,9	5,5
sprzedał(a) Pan(i) wartościowy przedmiot lub zastawił(a) go w lombardzie?	1,3	5,3

Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań

Do wywiadów pogłębionych nie udało się zrekrutować najbardziej typowych zakupoholików, czyli osób młodych. IDI zostały zrealizowane z osobami w wieku 45–55 lat. Tak wąski przedział wiekowy tworzy istotne ograniczenie dla generalizacji wniosków i przenoszenie ich na osoby z innego pokolenia (zwłaszcza młodszego).

Elementem łączącym młodzieńcze doświadczenia wszystkich respondentów było wychowanie w poczuciu konieczności ciągłego ograniczania i kontrolowania wydatków, chociaż status materialny rodzin przedstawiał się różnie, ponieważ badani wywodzili się zarówno z rodzin ubogich, tzw. przeciętnych, jak i względnie zamożnych. Źródłem poczucia niższości, kompleksów, zazdrości był brak modnych ubrań – m.in. takich, jakie nosili rówieśnicy z najbliższego otoczenia[11]. Ten czynnik, w sytuacji dużo większej obecnie oferty rynkowej, zapewne odgrywa jeszcze znaczniejszą rolę.

Motorem działania zakupoholików było przekonanie, że wartość człowieka określana jest przez ilość i jakość posiadanych dóbr. U wszystkich badanych pierwsze objawy skłonności do niekontrolowanych zakupów pojawiły się wcześnie. Na etapie szkoły średniej starali się już zarabiać (np. podczas wakacji) i przynajmniej część tych pieniędzy przeznaczali na zakup upragnionych przedmiotów (głównie odzież i kosmetyki). Już wtedy zdarzało się, że nie ujawniali rodzicom prawdziwej wysokości swoich dochodów, zakupów dokonywali

[11] W rodzinie zamożnej ograniczenia były spowodowane zasadami rodziców, którzy uważali, że należy żyć oszczędnie.

w tajemnicy, a zakupione rzeczy ukrywali. Przedstawiony proces – podobnie jak w przypadku innych uzależnień behawioralnych – trwał latami, aby w apogeum przybrać formę uzależnienia.

Warto zobaczyć, jak doszło do podjęcia leczenia. W dwóch przypadkach zakupoholizm był traktowany jako mniej szkodliwy „zamiennik" alkoholu. Przyczyną podjęcia terapii był alkoholizm. W trzecim przypadku problemy z zakupami i hazardem pojawiły się wcześniej, natomiast alkoholizm i lekomania nasiliły się wraz z problemami finansowymi, będącymi skutkiem niekontrolowanych zakupów i gier na pieniądze. Przyczyną podjęcia terapii było poczwórne uzależnienie – od alkoholu, zakupów, hazardu i leków:

To wszystko się nakłada na siebie. I trudno jest mi tak rozróżnić, ale pierwszy był zakupoholizm, a potem był alkoholizm, bo skoro jest zakupoholizm, mam niepoopłacane rachunki, to jest problem. Aby zabić problem, pomyślę sobie „będzie dobrze, nic się nie stało", to się napiję. I się napiłam.

W czwartym przypadku uzależnienie od zakupów miało charakter pierwotny, a uzależnienie od hazardu pojawiło się później (pod wpływem drugiego męża – hazardzisty). Hazard i zakupy traktowane były przez pewien czas jako zamienniki: *żeby nie pójść gdzieś zagrać, to biegałam po sklepach.* Przyczyną podjęcia terapii były zarówno problemy hazardowe, jak i zakupoholizm.

Badani respondenci byli po terapii lub w jej trakcie, zdawali sobie zatem sprawę z podobieństwa mechanizmów poszczególnych uzależnień. Niektórzy mówiąc o swoich problemach z kupowaniem spontanicznie używali porównań do alkoholizmu. Charakterystyczne dla wszystkich uczestników badania było też to, że – cierpiąc na inne uzależnienia – przez długi czas sami oceniali swoje problemy z patologicznymi zakupami jako mniej istotne, mniej groźne.

Wyniki badań dotyczące siecioholizmu. Etapem poprzedzającym nadmierne użytkowanie sieci często jest fascynacja grami komputerowymi. Momentem przełomowym może być też uzyskanie dostępu do szerokopasmowego Internetu za pośrednictwem stałego łącza. Niektórzy badani łączyli zwiększającą się częstotliwość korzystania z sieci z rozwojem społeczności internetowych. Takich m.in. informacji dostarczyły sesje FGI.

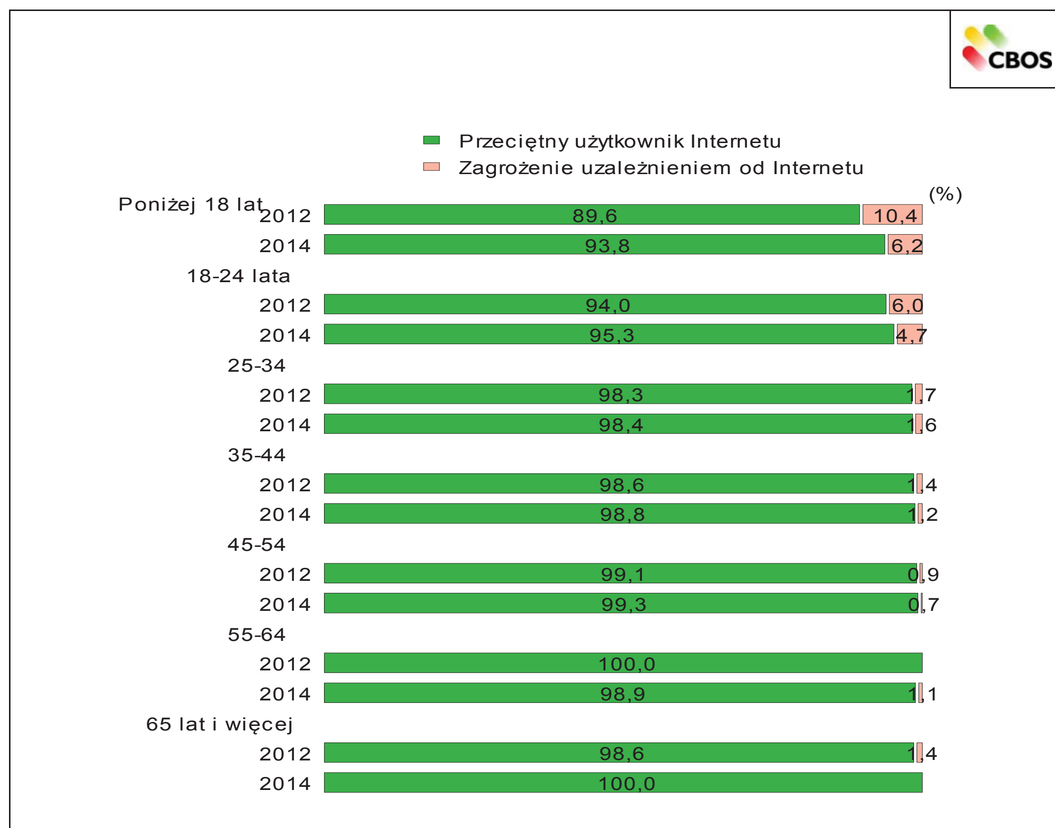
W analizie ilościowej, z uwagi na niewielką liczebność respondentów mających problem z uzależnieniem od Internetu i zagrożonych tym uzależnieniem, obie te kategorie połączono (podobnie jak w przypadku hazardu). Wyniki są prezentowane w dychotomicznym

podziale: przeciętni użytkownicy Internetu oraz respondenci w różnym stopniu zagrożeni uzależnieniem. Najczęściej zagrożone są osoby poniżej 25. roku życia, zwłaszcza niepełnoletni. Wśród najmłodszych badanych użytkowników Internetu, czyli osób w wieku 15-17 lat, ryzyko dotyczy 6,2%, natomiast wśród użytkowników z grupy wiekowej 18-24 lata zagrożonych uzależnieniem jest 4,7%.

Wśród starszych internautów – mających 25 lub więcej lat – zagrożenie uzależnieniem od sieci kilkakrotnie spada (Rys. 6).

Przewagę młodych ludzi wśród osób zagrożonych uzależnieniem od Internetu dobrze obrazują też tendencje miar centralnych (średnia i mediana). Ponad połowa badanych wykazujących zagrożenie uzależnieniem od Internetu (53,6%) nie przekroczyła 22. roku życia (mediana), a średnia wieku w tej grupie to niespełna 27 lat. Natomiast średni wiek przeciętnego użytkownika Internetu wynosi blisko 38 lat, a mediana wieku w tej grupie to 36 lat. Dla porównania mediana wieku badanych niekorzystających z Internetu wynosi 62 lata, a średnia wieku w tej grupie to ponad 61 lat.

Rysunek 6. Zagrożenie uzależnieniem od Internetu w zależności od wieku użytkowników

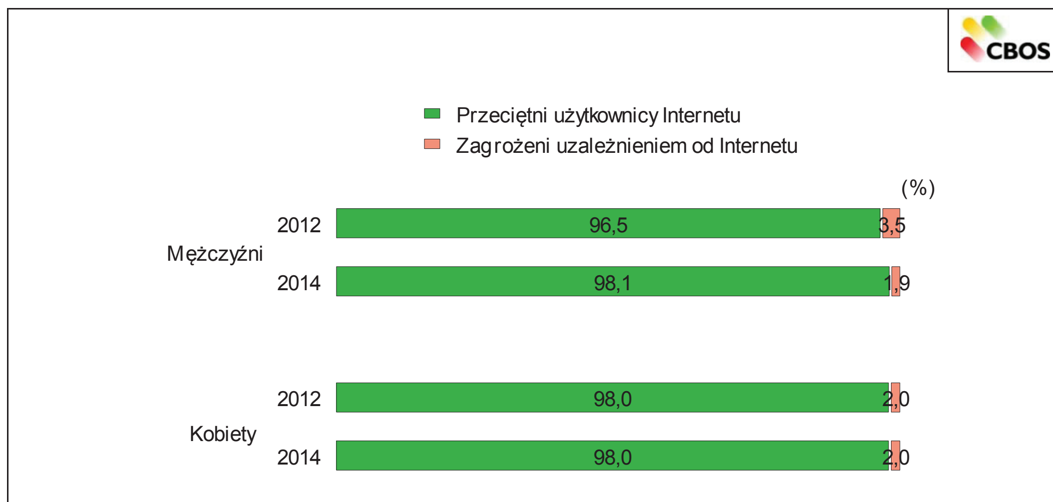


Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań

Zagrożenie uzależnieniem od Internetu – zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn – dotyczy ok. 2,0% korzystających z sieci (Rys. 7).

Nie stwierdzono statystycznej zależności między miejscem zamieszkania a podatnością na ten typ uzależnienia, ale można powiedzieć, że wśród osób zagrożonych uzależnieniem od sieci jest nieco więcej – niż wśród przeciętnych jej użytkowników – osób ze wsi i małych ośrodków miejskich.

Rysunek 7. Zasięg zagrożenia uzależnieniem od Internetu w zależności od płci



Źródło: KBPN. Hazard. Raporty z badań

Osoby zagrożone uzależnieniem od Internetu lub już uzależnione istotnie różnią się od przeciętnych jego użytkowników długością czasu spędzanego na surfowaniu w sieci. Ponad połowa (53,3%) przeciętnych użytkowników sieci spędza w Internecie nie więcej niż godzinę w ciągu doby (mediana = 60 minut), w przypadku zagrożonych uzależnieniem większość (52,9%) korzysta z sieci co najmniej trzy godziny na dobę (mediana = 180 minut). Chociaż w grupie internautów zagrożonych uzależnieniem wartość mediany w 2012 oraz w 2014 roku jest taka sama (180 minut), to drugi pomiar wykazał znaczące wydłużenie średniego czas korzystania z sieci (w 2014 roku jest to nieco ponad 312 minut na dobę wobec blisko 201 minut w 2012 roku).

Wśród form aktywności prowadzonej w Internecie można wyróżnić niewiele takich, które z podobną częstością realizują zarówno osoby zagrożone siecioholizmem, jak i przeciętni użytkownicy, oraz wiele takich działań, które różnicują uzależnionych

i zagrożonych uzależnieniem od typowych użytkowników. To zjawisko zaobserwowano zarówno w 2012, jak i w 2014 roku.

Do aktywności internetowych, które pojawiały się w większym nasileniu u osób zagrożonych niż u przeciętnych użytkowników, należały między innymi: utrzymywanie kontaktów ze znajomymi na portalach społecznościowych (codzienny lub prawie codzienny kontakt deklaruje 64,5% internautów z grupy ryzyka i 23,8% przeciętnych użytkowników), aktywność na forach, grupach dyskusyjnych, słuchanie muzyki, oglądanie telewizji, filmów i seriali, ściąganie darmowych programów, muzyki i filmów, granie w gry online na pieniądze, czytanie blogów, zamieszczanie swoich zdjęć w sieci, nawiązywanie i podtrzymywanie internetowych znajomości (w grupie zagrożonych – w porównaniu z przeciętnymi użytkownikami – występują one dwu-, trzy-, cztero- lub pięciokrotnie częściej w zależności od typu aktywności).

Badania jakościowe (FGI) ujawniały genezę nadużywania sieci. Ich uczestnicy przyznawali, że w kwestii korzystania z Internetu mieli w domu dużą swobodę. Ich rodzice uważali, że spędzanie czasu przed komputerem sprzyja rozwojowi i pozwala uniknąć zagrożeń świata zewnętrznego. Dlatego komputer towarzyszył im od najwcześniejszych lat, a rodzice już wtedy nie kontrolowali sposobów jego wykorzystywania. Jednocześnie charakterystyczny dla całej sytuacji był powierzchowny kontakt młodych ludzi z rodzicami: „mijali się”, nie wchodzili sobie w drogę, wymieniali podstawowe, zdawkowe informacje.

Niektórzy badani przyznawali, że aktywność *online* stanowi dla nich pewną formę ucieczki od codzienności: *Nie potrafię się zaadaptować w tym świecie mnie otaczającym, nie mogę zrozumieć siebie samego ani ludzi wokół mnie, zamykam się w swoim wirtualnym świecie.* Część badanych nie oceniała nadmiernego korzystania z sieci w kategoriach ucieczki. Według nich użytkowanie Internetu to jedynie dająca dużą przyjemność forma rozrywki: *Jest to może forma przyjemności, która zaszła w pewnym momencie w złym kierunku i zbyt daleko. Jakoś nie mam na razie przed czym uciekać.*

Uczestnicy FGI świadomi swojego problemu częściej byli skłonni rozpatrywać go w kategoriach pewnego rodzaju uzależnienia. Jednak nawet dla nich takie pojęcia, jak nałóg, siecio- czy netoholik były na tyle stygmatyzujące, że unikali takiej autoidentyfikacji. Określali się jako osoby *nadmiernie korzystające z nowych technologii.(…) Nie lubię ogólnie przyznawać, że jestem od czegoś uzależniony, nie wiem, czy bym to tak nazwał, ale w sumie możliwe, bo właściwie cały wolny czas temu poświęcam.*

W innych przypadkach, w szczególności w grupie badanych niemających kontaktu z terapeutą uzależnienia od sieci, respondenci podkreślali, że chociaż spędzają w sieci sporo czasu, kontrolują tę sferę swojego życia. Akcentowali, że spędzanie czasu online to kwestia ich woli, a nie przymusu. Niekiedy podkreślali, że nie są uzależnieni, mimo że może to tak wyglądać z punktu widzenia osób trzecich.

Inicjatorem rozpoczęcia terapii w większości przypadków była szkoła, a nie rodzice. To nauczyciele czy pedagodzy szkolni pierwsi zauważali opuszczanie zajęć i pogorszenie się wyników w nauce. To bardzo znaczące, skoro długie godziny w sieci użytkownicy spędzali głównie w domu.

Z wypowiedzi młodych ludzi wynika, że nie mieli oni większych oporów przed pierwszym kontaktem z psychologiem. Jednak wszyscy odczuli rozczarowanie, ponieważ uznali, że terapeuta nie potrafi im udzielić pomocy. W ich sposobie korzystania z sieci prawie nic się nie zmieniło. Niektórzy z badanych nauczyli się lepiej ukrywać to, ile czasu spędzają w sieci. A ich rodzice albo się pogodzili z uzależnieniem, albo uznali, że problem sam się rozwiąże.

4. Wnioski wynikające z przeprowadzonych badań

Wniosek 1.: Mimo różnic między patologicznym hazardem a innymi uzależnieniami można znaleźć kilka istotnych punktów stycznych, które łączącą opisywane uzależnienia. Gra, praca, zakupy, korzystanie z sieci w fazie uzależnienia stają się najważniejszym rodzajem aktywności, skutecznie wypierając inne cele i zadania, a uzależnieni i ich rodziny ponoszą z tego powodu poważne konsekwencje.

Wniosek 2.: W każdym przypadku uzależnieni szukają pomocy medycznej lub terapeutycznej w ostateczności, aby uniknąć stygmatyzacji związanej z podjęciem leczenia. Często podjęcie terapii następowało w fazie dramatycznej: próby samobójczej, załamania się stanu zdrowia, radykalnego pogorszenia się stopni w szkole lub też stanowiło formę ucieczki przed wierzycielami/windykatorami itp.

Trudno liczyć na to, że osoby uzależnione same zdefiniują i rozwiążą swój problem, ponieważ wymagają one profesjonalnej pomocy.

Dla osób zagrożonych ryzykiem uzależnienia lub uzależnionych i nieleczących się charakterystyczne jest stosowanie blokady poznawczej – nie przyjmują one do wiadomości, że już są lub mogą być „nałogowcem” czy „uzależnionym”. Chętniej akceptują słowo

„nadmierne" (np. nadmierne korzystanie z sieci). Czasem jest przez nich przyjmowany inny punkt widzenia (np. uznaje się, że są nałogi „gorsze" i że już lepiej być nałogowym hazardzistą niż alkoholikiem czy narkomanem), bądź też traktuje się uzależnienie metaforycznie (każdy jest od czegoś uzależniony).

Przyznanie się do problemu uzależnienia behawioralnego jest długim procesem, trwa co najmniej kilka lat od czasu pojawienia się jego poważnych symptomów. Długotrwały brak refleksji nad własnym postępowaniem i brak wiedzy na temat uzależnień behawioralnych cechuje prawie wszystkich badanych, niezależnie od typu uzależnienia, wieku, płci, wykształcenia itd. Stosowanie blokady poznawczej jest – można powiedzieć – uniwersalnym czynnikiem ryzyka.

Wniosek 3.: Czynniki ryzyka uzależnień behawioralnych są złożone. W istotnej mierze należą one do sfery emocjonalnej, społeczno-kulturowej (system wartości), czy też technologicznej, ale zależą również od poziomu rozwoju rynku (produktów lub rynku pracy). Każde z uzależnień behawioralnych ma też własne specyficzne czynniki ryzyka. Znacznie bardziej zagrożeni uzależnieniem od hazardu są mężczyźni, od zakupów – młode kobiety, od sieci – nastolatki. W przypadku pracoholizmu kluczowym czynnikiem ryzyka jest status społeczno-zawodowy. Pracoholikami najczęściej są osoby pracujące na własny rachunek, specjaliści i osoby zajmujące kierownicze stanowiska.

W oparciu o wiele różnych czynników społeczno-demograficznych można jednak powiedzieć, że wpływ niektórych z nich na powstanie uzależnienia behawioralnego jest ograniczony. Patologiczny hazardzista czy zakupoholik nie musi dysponować większymi niż przeciętne dochodami ani mieszkać w większym mieście (zagra czy kupi przez Internet). Siecioholik nie musi mieć komputera z dostępem do sieci, wystarczy tańszy od niego telefon, a pracoholik może pracować we własnym gospodarstwie rolnym, a nie w korporacji. Łatwość dostępu jest bardzo istotnym czynnikiem ryzyka w przypadku hazardu, uzależnienia od zakupów i siecioholizmu.

Wniosek 4.: Uzależnienia behawioralne mogą być „zamiennikami" uzależnienia od alkoholu. Niektórzy leczący się hazardziści, pracoholicy i zakupoholicy najpierw trafiali na terapię alkoholową (bo myśleli, że z nim mają problem) i to w jej trakcie okazywało się, że doświadczają również problemów charakterystycznych dla uzależnienia behawioralnego. To jeden z powodów, dla którego nie powinno się lekceważyć zakupoholizmu czy pracoholizmu (hazardu już się nie lekceważy).

Wniosek 5.: Innego typu czynnikiem ryzyka są luki w systemie pomocy osobom uzależnionym. W najlepszej sytuacji są hazardziści, uznanie patologicznego hazardu za chorobę przyczyniło się do utworzenia sieci publicznych placówek terapeutycznych, które świadczą pomoc. Cierpiącym na inne uzależnienia często pozostaje indywidualna, prywatna terapia. Część terapeutów nie uznaje praco- i zakupoholizmu za uzależnienie, co prawdopodobnie istotnie utrudnia społeczną edukację w tym zakresie. A właśnie edukacja – obok niektórych działań administracyjnych – wydaje się kluczowym czynnikiem chroniącym przed uzależnieniami behawioralnymi. Na razie w dużej mierze jest ona dostępna w Internecie – jednak aby osoba zagrożona uzależnieniem czy uzależniona zechciała tam szukać wiedzy, musiałaby przyznać, że ma problem, a tego będzie unikać. Dlatego bardziej pożądane byłyby inne formy masowej edukacji na temat uzależnień behawioralnych.

Głównym czynnikiem chroniącym przed patologicznym hazardem powinna być powszechna świadomość, że wszystkie gry na pieniądze mogą uzależniać. W przypadku zaburzeń zachowań związanych z pracą działania profilaktyczne powinny koncentrować się na popularyzowaniu idei zachowania równowagi między pracą a życiem osobistym (*working balance*). W odniesieniu do zaburzeń związanych z zakupami – na przeciwdziałaniu bezmyślnej, niepohamowanej konsumpcji (*kupuję więc jestem)*. Na razie tę funkcję pełnią np. ruchy typu *slow,* w Polsce jeszcze mało znane. Profilaktyka uzależnienia od Internetu powinna obejmować, obok dzieci i młodzieży, także ich rodziców, gdyż obecnie wydają się oni mało zorientowani i bezradni.

Wniosek 6.: W zakresie hazardu podjęto działania administracyjne – zgodnie z nowelizacją ustawy zmniejszono radykalnie liczbę automatów do gier. Czy okaże się to czynnikiem skutecznie chroniącym przed uzależnieniem od hazardu – na razie nie wiadomo.

5. Możliwość wykorzystania wyników dotyczących identyfikacji czynników ryzyka i czynników chroniących przed uzależnieniami behawioralnymi

Przedstawione wyniki mogą być wykorzystywane wielotorowo. Nadal powinno kontynuować się badania dotyczące rozpowszechnienia uzależnień behawioralnych, przy czym wzrost zasięgu powinien dać asumpt do głębszego diagnozowania nowych zjawisk, także poprzez badania jakościowe. W związku z wprowadzeniem ograniczeń dotyczących możliwości uprawiania hazardu, należałoby monitorować – poprzez badania porównawcze – ich wpływ na ryzyko uzależnienia.

Po drugie, zebrany materiał dostarcza poważnych argumentów na rzecz przeprowadzenia powszechnej kampanii edukacyjnej (mimo że wszystkie lub prawie wszystkie informacje o uzależnieniach można znaleźć w Internecie; jak jednak można się było zorientować podczas badań jakościowych, Internet raczej nie jest w tym zakresie wykorzystywany).

Po trzecie, odpowiednia oferta edukacyjna powinna być przygotowana dla terapeutów uzależnień z uwagi na fakt lekceważenia przez nich uzależnień behawioralnych innych niż hazard.

Po czwarte, należałoby zastanowić się nad systemem publicznej pomocy osobom uzależnionym od pracy czy od zakupów, bo wolny rynek i silna konkurencja sprzyjają dalszemu ich rozwojowi.

Dominik Rafa

Agnieszka Potasiewicz

Piotr Popik

Agnieszka Nikiforuk

Test symulacji gry na maszynie wrzutowej: MPEP, antagonista receptorów mGlu5, działa hamująco na zachowania przypominające hazard w szczurzym modelu „jednorękiego bandyty"

Abstract

The simulation test of a slot machine game: MPEP, an antagonist of mGlu5 receptors, acting as a suppression of gambling resembling behaviors in a rat model of "one-armed bandit"

Objective: Both drug and behavioral addictions are characterized by a loss of control and increased impulsiveness. Pathological gambling can be modeled in the so-called rat model of "one-armed bandit" – the simulation test of a slot machine game. Although currently there is no effective treatment for behavioral addictions, the glutamate receptor inhibitors have shown promising results in the animal models of drug addictions. Therefore, the aim of conducted experiments was to examine whether the memantine (NMDA receptor antagonist), MPEP (mGlu5 receptor antagonist) and LY354740 (mGlu2/3 receptor agonist) affect the gambling resembling behaviors in rats.

Methodology: Eighteen Long Evans rats have been trained in the simulation test of a slot machine game. Three flashing lights that stop on the *on* or *off* position corresponded to the three spinning mandrils in the so-called "one-armed bandit" (slot machine). Any trial could result in a win (3 lights on) or loss (at least one light off). Animals selected whether to press the lever "pick up the prize" (which resulted in the delivery of 5 pellets of food as a reward for "winning trials" or 25 seconds of cage blackout – the punishment), or start a new attempt immediately (pressing a lever "play along"). Animal behavior was examined after previous application of glutamate receptor inhibitors.

Results: Both memantine and LY354740 did not affect the execution of the simulation test of a slot machine game. Unlike them, the MPEP decreased the level of pushing "pick up the prize" lever, but only in almost won trials (two lights on).

Conclusions: The metabotropic glutamate receptor type 5 may play a role in signaling the reward expectations in an animal model of "one-armed bandit" (the simulation test of a slot machine game), which may suggest the effectiveness of their ligands in the treatment of gambling behavior.

1. Uzasadnienie zaprojektowanych badań

Uzależnienia lekowe stanowią istotny problem medyczny związany z destruktywną naturą tego zjawiska. Długotrwałe przyjmowanie substancji uzależniających wiedzie do nieprzepartej chęci ich pozyskiwania i przyjmowania oraz do utraty kontroli nad działaniem. Owa utrata kontroli nad zachowaniem stanowi także objaw osiowy zachowań hazardowych. Według Potenzy (2008), przez hazard należy rozumieć ryzykowanie utraty czegoś istotnego, w nadziei na uzyskanie czegoś o większej wartości.

Niektórzy hazardziści wykazują patologiczną formę zachowania (hazard patologiczny), polegający na niekontrolowanym zachowaniu hazardowym, co wiedzie do dewastujących psychologicznie i ekonomicznie konsekwencji – m.in. utraty pracy, bankructwa, zniszczenia więzi rodzinnych i społecznych itp. (Griffiths, 1996; Lesieur i Rosenthal, 1991). Patologiczny hazard został ostatnio (DSM-V) zakwalifikowany do uzależnień behawioralnych z powodu takich funkcjonalnych podobieństw do uzależnienia od substancji psychoaktywnych, jak niepohamowane pożądanie, odstawienie i tolerancja (van Holst i in., 2010; Potenza, 2009). W obu rodzajach uzależnień (od substancji psychoaktywnych i od hazardu) biorą udział podobne systemy neuroprzekaźnikowe: serotonina, opioidy i glutaminian (Volkow, Skolnick, 2012; Clark, 2010; Grant i in., 2010b).

Chociaż obecnie stosowana farmakoterapia uzależnień chemicznych jest niesatysfakcjonująca (Volkow, Skolnick, 2012), to jednak podejmowane są próby jej stosowania, podczas gdy do leczenia patologicznego hazardu jak dotąd nawet nie zaproponowano jakiegokolwiek podejścia farmakologicznego. Wynika to po części z braku modelu do badania hazardu u zwierząt. Niedawno zaproponowano (Winstanley i in., 2011) model szczurzego „jednorękiego bandyty" (test symulacji gry na maszynie wrzutowej, *rat slot machine task*) (Cocker, Winstanley, 2015) do badania reakcji "prawie wygranej" (ang. *near miss*). W modelu „jednorękiego bandyty" bada się reakcję szczurów na serię zaświecania 3 lampek. Zapalenie wszystkich 3 lampek jest sygnałem pewnej wygranej, zapalenie dwóch z trzech lampek „prawie wygranej", a jednej lampki lub żadnej – pewnej przegranej. Pod koniec każdej prezentacji wzoru zaświecenia lampek, zwierzę wybiera, czy nacisnąć na dźwignię „odbieram nagrodę", co skutkuje nagrodą pokarmową, gdy dana próba jest wygrana lub karą, gdy próba jest przegrana. Co ciekawe, zwierzęta zazwyczaj interpretują zarówno zapalenie 3, jak i jedynie 2 lampek jako wygraną, co sugeruje nasilone przekonanie o spodziewanej nagrodzie nawet wtedy, gdy dana próba oznacza jedynie „prawie wygraną". Uważa się, że bodziec sygnalizujący „prawie wygraną" (lub: nie do końca przegraną – *near*

miss) może sugerować bezpośrednią wygraną oraz nasilać przekonanie o spodziewanej nagrodzie, co stymuluje dalszą grę (Clark, 2010). Odpowiedzi „prawie wygranej" zwiększają pragnienie dalszej gry poprzez podobieństwo do wygranej (Reid, 1986). W badaniach opisywanych w niniejszym opracowaniu zastosowano test symulacji gry na maszynie wrzutowej do zbadania efektów funkcjonalnych antagonistów jonotropowych i metabotropowych receptorów glutaminianergicznych na zachowania przypominające hazard u zwierząt.

Istotnymi częściami składowymi układu glutaminianergicznego są receptory glutaminianergiczne. Można wyróżnić dwa typy tych receptorów: 1) jonotropowe, związane z kanałami jonowymi, oraz 2) metabotropowe, związane z białkami G, i regulujące funkcjonowanie kanałów jonowych pośrednio. Z receptorami tymi mogą łączyć się dwa główne typy związków (ligandów): aktywatory (agoniści), mogące nasilać działanie tych receptorów, lub blokery (antagoniści), mający hamujący wpływ na receptory, z którymi się łączą. Dowody wskazują na zaangażowanie układu glutaminianergicznego w kontrolę uzależnień chemicznych (Olive i in., 2012; Tomek i in., 2013). Przykładowo, memantyna, (antagonista receptorów NMDA – jonotropowych receptorów dla glutaminianu) wykazuje działanie terapeutyczne w uzależnieniu od opioidów (Bisaga i in., 2001), a ostatnie badania wskazują na podobne działanie ketaminy w dawkach subanestetycznych u osób uzależnionych od kokainy (Dakwar i in., 2014). Co ciekawe, zachowania hazardowe u ludzi również wydają się być hamowane przez ligandy receptorów glutamatergicznych. Opis przypadku 29-letniego pacjenta pokazuje, że memantyna zmniejszyła czas poświęcany na uprawianie hazardu oraz poprawiła jego elastyczność poznawczą (Grant i in., 2010a). Podobnie, N-acetylocysteina (NAC), aminokwas i prekursor cysteiny, który zmniejsza synaptyczne uwalnianie glutaminianu, obniżała wyniki w zmodyfikowanej dla patologicznego hazardu skali obsesji i kompulsji Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Pathological Gambling)* u osób ze zdiagnozowanym patologicznym hazardem w ujęciu DSM-IV (Grant i in., 2007).

W modelach zwierzęcych działanie hamujące różnych przejawów uzależnień lekowych zostało wykazane nie tylko dla antagonistów jonotropowych receptorów glutaminianergicznych takich, jak memantyna (Popik i in., 2006; Popik, Skolnick, 1996), ale też dla funkcjonalnych inhibitorów metabotropowych receptorów glutaminianergicznych (mGluR). Dla przykładu, MPEP (2-methyl-6-(phenylethynyl)-piridine), antagonista metabotropowych receptorów glutaminianergicznych typu 5, hamował behawioralne efekty kokainy (Chiamulera i in., 2001; Mcgeehan i in., 2004; Lee i in., 2005), morfiny (Popik,

Wróbel, 2002) oraz amfetaminy (Mcgeehan i in., 2004). Podobnie, presynaptyczny agonista receptorów mGluR 2/3 osłabiał behawioralne i neurochemiczne efekty fencyklidyny (Moghaddam, Adams, 1998), morfiny (Popik i in., 2000) oraz kokainy (Baptista, 2004).

Hamujące efekty funkcjonalnych antagonistów receptorów glutaminianergicznych na różnorakie przejawy uzależnień lekowych zachęciły nas do zbadania wpływu podań memantyny (antagonisty jonotropowych receptorów NMDA), związku MPEP (antagonisty metabotropowych receptorów glutaminianergicznych typu 5) oraz związku LY354740 (agonista metabotropowych receptorów glutaminianergicznych typu 2/3) na zachowania przypominające hazard u szczurów.

2. Metodologia prowadzonych badań

Zwierzęta uczestniczące w badaniach. W eksperymencie użyto 20 szczurów (samców) szczepu Long Evans (Charles River, Niemcy) o masie ciała 200-250 g w dniu rozpoczęcia treningów. Zwierzęta utrzymywano w grupach po 5 szt./klatkę, w pomieszczeniu o temperaturze 21±1ºC, z 12-godzinnym rytmem świetlnym (światła włączane o godzinie 7:00, wyłączane o godzinie 19:00) i względnej wilgotności powietrza 40-50%. Zwierzęta otrzymywały 17g paszy/dobę/szczura tak, aby utrzymywać je w masie ciała stanowiącej 85% ich masy przy żywieniu *ad libitum* (do woli).

Aparatura wykorzystana w badaniach. Eksperymenty przeprowadzane były w czterech odpowiednio skonfigurowanych aparatach instrumentalnych umieszczonych w dźwiękoodpornych i wentylowanych szafkach (*Coulbourn Instruments*, USA). Aparaty zostały wyposażone zgodnie z protokołem eksperymentalnym (Winstanley i in., 2011), z pewnymi modyfikacjami. Po lewej stronie aparatu znajdowała się ściana z pięcioma otworami (5 *nosepoke*), każdy z nich zaopatrzony był w fotokomórkę oraz żarówki LED-owe. Dwa skrajne otwory zostały zakryte aluminiowymi płytkami. Tylko trzy otwory znajdujące się centralnie były używane w teście. Po przeciwnej stronie aparatu centralnie znajdował się podajnik peletek pokarmowych (nagroda w teście), po bokach którego umieszczone zostały dwie wysuwalne dźwignie. Dodatkowo, nad podajnikiem peletek znajdował się głośnik podłączony do generatora tonów, a w otworze sufitu umieszczono światło domowe. Aparaty były sterowane przez program Graphic State 3.03 (*Coulbourn Instruments*, USA).

Habituacja i treningi. Dzień przed rozpoczęciem doświadczenia do domowych klatek szczurów wrzucono 50-60 peletek będących nagrodą w teście, w celu zaznajomienia szczurów z nowym pokarmem (*Dustless Precision Pellets* 45mg, Bio Serv). Przez 2 dni przed rozpoczęciem treningów zwierzęta umieszczane były w aparatach z włączonym światłem domowym oraz z peletkami pokarmowymi w 3 otworach na lewej ścianie aparatu oraz w magazynie pokarmowym w prawej ścianie aparatu. Sesja adaptująca szczury do aparatu trwała 30 minut dziennie dla każdego zwierzęcia. Kolejnego dnia szczury rozpoczęły treningi w procedurze FR1 (*fixed-ratio schedule of reinforcement*). Jest to procedura wzmacniania według stałych proporcji, w której szczur otrzymywał nagrodę pokarmową (1 peletka pokarmowa) po wykonaniu jednego naciśnięcia dźwigni. Podczas sesji wysunięta była tylko jedna z dwóch dźwigni. Po spełnieniu kryterium więcej niż 50 naciśnięć skutkujących otrzymaniem nagrody trening był powtarzany dla drugiej dźwigni. Aby uniknąć wytworzenia się preferencji dźwigni po jednej stronie, połowa badanej kohorty szczurów rozpoczynała trening w procedurze FR1 od lewej dźwigni, druga połowa od prawej. Po spełnieniu kryterium >50 aktywnych naciśnięć obu dźwigni szczury rozpoczęły właściwy trening.

Trening 1. Sesja rozpoczynała się naciśnięciem przez szczura wysuniętej do klatki dźwigni lewej (dźwignia „gram dalej"), co powodowało mruganie lampki w otworze 1 z częstotliwością 2 kHz (i wsunięcie się dźwigni). Włożenie nosa do aktywnego otworu powodowało przejście do świecenia żarówki światłem stałym i emisji przez 1 sekundę wysokiego tonu „nagradzającego" (o częstotliwości 15 kHz i natężeniu 68 dB, będącego dodatkową, prócz świecącego światłem stałym otworu wskazówką skojarzoną z nagrodą) oraz dostarczeniem do podajnika pokarmu jednej nagradzającej peletki. Po 4 sekundach (w trakcie których szczur miał czas na zjedzenie peletki) lewa dźwignia wysuwała się ponownie, umożliwiając rozpoczęcie kolejnej próby. Szczury przechodziły do następnej fazy treningu po spełnieniu kryterium >50 prób w czasie maksimum 30 minut.

Trening 2. Sesja rozpoczynała się podobnie jak poprzednio. Szczur naciskał dźwignię lewą „gram dalej", co powodowało mruganie żarówki (2 kHz) w otworze 1 (i wsunięcie się dźwigni lewej). Po wsunięciu nosa do wyżej wymienionego otworu żarówka albo przechodziła do świecenia światłem stałym albo gasła (prawdopodobieństwo 50:50). Przejście mrugania do świecenia światłem stałym z towarzyszącą 1-sekundową emisją tonu wysokiego (15 kHz) oznaczało „próbę wygrywającą". Przejście mrugania do wygaszenia żarówki z towarzyszącą 1-sekundową emisją tonu niskiego (4 kHz) oznaczało „próbę przegrywającą".

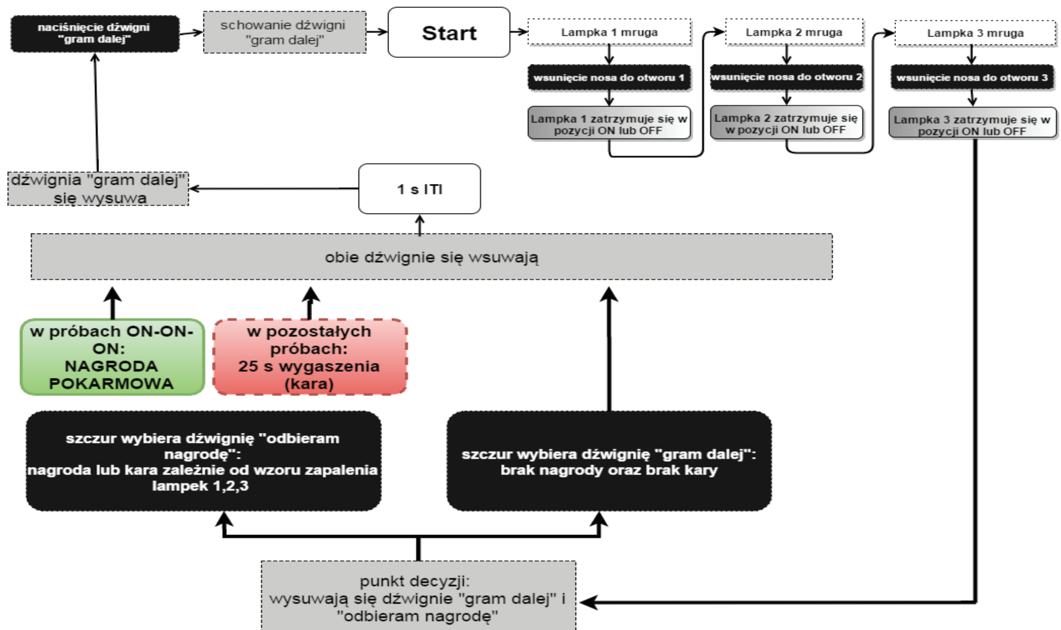
W obu próbach po emisji tonu wysuwała się prawa dźwignia „odbieram nagrodę". Aby zakończyć próbę, szczur w obu przypadkach musiał nacisnąć wysuniętą dźwignię, co oprócz wsunięcia jej skutkowało w dwójnasób: w przypadku prób „wygrywających" szczur otrzymywał dwie peletki nagrody, w przypadku prób „przegrywających" szczur otrzymywał karę w postaci 10 sekund wygaszenia klatki (*time-out*). Tak po zjedzeniu nagrody, jak i po 10 sekundach wygaszenia (kary) do klatki wysuwała się dźwignia lewa „gram dalej" umożliwiając rozpoczęcie kolejnej próby. Przez pierwszych 5 sesji treningowych szczur w każdej próbie zmuszony był do naciśnięcia dźwigni „odbieram nagrodę". Tym samym w przypadku prób „przegrywających" otrzymywał karę (tak, aby szybciej skojarzył naciśnięcie dźwigni „odbieram nagrodę" w próbach przegranych z otrzymaniem kary). W kolejnych sesjach treningowych szczur mógł już wybierać pomiędzy obiema zaprezentowanymi dźwigniami. Szczury przechodziły do kolejnej fazy treningu po spełnieniu kryterium minimum 80% naciśnięć na dźwignię „odbieram nagrodę" w próbach „wygrywających", oraz maksimum 20% naciśnięć na dźwignię „odbieram nagrodę" w próbach „przegrywających".

Trening 3. Sesja, podobnie jak poprzednio, rozpoczynała się naciśnięciem przez szczura wysuniętej do klatki dźwigni „gram dalej", co uruchamiało mruganie lampki w otworze 1. Po włożeniu nosa przez szczura do tego otworu i emisji odpowiedniego tonu, otwór 2 zaczynał mrugać. Wysunięcie się dwóch dźwigni („gram dalej" oraz „odbieram nagrodę") było poprzedzone zaglądnięciem do otworu 2, po czym emitowany był wysoki (15 kHz) lub niski (4 kHz) ton, w zależności od tego czy lampka w otworze 2 została zaświecona czy zgaszona. Na tym etapie próba „wygrywająca" miała miejsce, gdy oba otwory (1 i 2) świeciły światłem stałym [ON, ON]. Naciśnięcie dźwigni „odbieram nagrodę" w tym przypadku dawało 5 paletek nagrody. Pozostałe próby [ON, OFF], [OFF, ON], [OFF, OFF] zostały zaklasyfikowane jako próby „przegrywające", podczas których odpowiedź na dźwignię „odbieram nagrodę" skutkowała 10-sekundową karą. Zarówno podczas próby „wygrywającej", jak i prób „przegrywających" wybór dźwigni „gram dalej" umożliwiał rozpoczęcie nowej „gry". Próby były prezentowane losowo, przy czym dana próba nie występowała częściej niż raz w ciągu 4 kolejno prezentowanych prób. Trening trwał przez 5 sesji, po czym zwierzęta przechodziły do procedury finalnej.

Test symulacji gry na maszynie wrzutowej (ang. *rat slot machine task*). Po spełnieniu kryteriów kolejnych sesji treningowych, w których szczury uczyły się

wykonywania kolejnych czynności ze wzrastającym stopniem trudności, przeprowadzono treningi w procedurze finalnej testu symulacji gry na maszynie wrzutowej. Szczur rozpoczynał sesję, naciskając na wysuniętą dźwignię lewą (zdefiniowaną jako dźwignia „gram dalej"), co skutkowało wsunięciem dźwigni i rozpoczęciem mrugania lampki (z częstotliwością 2 kHz) w otworze 1 na przeciwległej ścianie. Gdy szczur wkładał nos do otworu 1, lampka przestawała mrugać i zatrzymywała się losowo w pozycji „zapalona" (ON) lub „zgaszona" (OFF), czemu towarzyszył 1-sekundowy ton o częstotliwości, odpowiednio: niskiej – 4 kHz, gdy lampka pozostawała zgaszona (OFF), lub wysokiej – 15 kHz, gdy lampka pozostawała zapalona (ON). Wraz z zatrzymaniem mrugającej lampki w 1 otworze, lampka w drugim otworze zaczynała mrugać. Gdy szczur wkładał nos do otworu 2, lampka zatrzymywała się w jednej z dwóch pozycji (ON lub OFF), czemu towarzyszyła prezentacja wysokiego lub niskiego tonu, i co dodatkowo włączało mruganie lampki w otworze 3. Włożenie przez szczura nosa do otworu 3, analogicznie do opisanej wyżej procedury dla otworu 1 i 2, zatrzymywało mrugającą w nim lampkę w jednej z dwóch pozycji. Po wykonaniu opisanych czynności wysuwały się obie dźwignie na przeciwległej ścianie aparatu. Szczur na podstawie otrzymanych informacji o liczbie zapalonych/zgaszonych lampek podejmował decyzję, którą dźwignię nacisnąć. Przebieg opisanej procedury został schematycznie przedstawiony na rycinie (Ryc.1).

Ryc. 1. Schemat przebiegu procedury w teście symulacji gry na maszynie wrzutowej (szczurzy model „jednorękiego bandyty")



Aby uprościć oryginalną procedurę (Winstanley i in., 2011), możliwe było otrzymanie 6 wzorców odpowiedzi (uwzględniając liczbę zapalonych/zgaszonych lampek): ON-ON-ON, ON-ON-OFF, OFF-ON-ON, ON-OFF-OFF, OFF-OFF-ON, OFF-OFF-OFF. W wyniku tego program generował: jedną możliwą próbę z trzema zapalonymi lampkami, („pewna wygrana" ON-ON-ON), dwie możliwe próby z dwiema zapalonymi lampkami, tzw. „prawie wygrane" (ON-ON-OFF, OFF-ON-ON), dwie z jedną zapaloną lampką (OFF-OFF-ON, ON-OFF-OFF) oraz jedną ze wszystkimi lampkami zgaszonymi, tzw. „ pewna przegrana" (OFF-OFF-OFF). Dodatkowo, aby móc analizować dokonywane wybory w kontekście liczby zapalonych lampek, dane zostały skumulowane dla prób z dwiema lampkami zapalonymi (ON-ON-OFF i OFF-ON-ON) oraz dla prób z jedną zapaloną lampką (OFF-OFF-ON i ON-OFF-OFF).

Częstotliwość występowania poszczególnych wzorców odpowiedzi była wcześniej predefiniowana w taki sposób, aby każdy z nich był prezentowany jeden raz w każdym bloku złożonym z sześciu prób. Testowany szczur interpretował otrzymany wzorzec odpowiedzi i na podstawie tego decydował, czy dana próba jest próbą „wygrywającą", czy „przegrywającą". W próbach „wygrywających", podczas których lampki we wszystkich trzech otworach były zapalone, naciśnięcie dźwigni prawej (zdefiniowanej jako „odbieram nagrodę") skutkowało dostarczeniem 5 peletek pokarmowych nagrody. Wybranie dźwigni „odbieram nagrodę" w każdej innej próbie, gdzie przynajmniej jedna lampka była zgaszona, skutkowało otrzymaniem kary: 25-sekundowego wygaszenia klatki (tzw. *time-out*), podczas którego szczur nie mógł rozpocząć nowej próby. Wybranie i naciśnięcie dźwigni lewej („gram dalej") skutkowało anulowaniem ewentualnej nagrody (w próbach „wygrywających") lub ewentualnej kary (wygaszenie klatki w próbach „przegrywających"), więc zwierzę mogło natychmiast rozpocząć nową próbę.

Optymalna strategia polegała więc na naciskaniu dźwigni „odbieram nagrodę" tylko w próbach „wygrywających" (co skutkowało otrzymaniem nagrody pokarmowej) oraz na naciskaniu dźwigni „gram dalej" we wszystkich pozostałych próbach (co skutkowało ominięciem kary i możliwością natychmiastowego rozpoczęcia nowej próby). Przy naciskaniu dźwigni i wkładaniu nosa do otworu z mrugającą lampką nie było na to ograniczeń czasowych. Zwierzęta były trenowane raz dziennie, przez pięć dni w tygodniu do momentu, w którym ustabilizowały swoje odpowiedzi w ciągu pięciu ostatnich sesji. Przyjęto, że szczur spełnił kryterium testu, jeśli wykonał więcej niż 30 prób w trakcie trwania 30-minutowej sesji i wybrał dźwignię „odbieram nagrodę" mniej niż w 50% prób „pewna przegrana" (OFF-OFF-OFF). Średnia liczba dni wymaganych do osiągnięcia tych kryteriów (włączając w to wszystkie fazy treningowe) wynosiła 64-70.

Badane związki. MPEP (6-methyl-2-(phenylethynyl)-pirydyna, Sigma-Aldrich, Poznań, Polska) był zawieszany w 1% roztworze Tween 80 (Sigma-Aldrich, Poznań, Polska) drogą homogenizacji, a następnie neutralizowany do pH6 za pomocą roztworu 1N NaOH. Memantyna HCl (Sigma-Aldrich, Poznań, Polska) i związek LY354740 ((+)-2-aminobicyclo[3.1.0]hexane-2,6-dikarboxylic acid) były rozpuszczane w soli fizjologicznej (*vehicle*). Wszystkie związki były podawane dootrzewnowo (*intraperitoneally* – i.p.) w objętości 1 ml/kg, na 10 minut przed testem. Wszystkie związki badane były w randomizowanym schemacie kwadratu łacińskiego: każdego dnia testowego 25% szczurów otrzymywało iniekcję jednego z 4 możliwych roztworów. Dawki podawanych substancji zostały ustalone na podstawie wcześniejszych eksperymentów przeprowadzonych w naszym laboratorium. Testy przeprowadzane były raz w tygodniu, tak że dzień przed testem i dzień po nim szczury trenowane były w paradygmacie testowym bez podań związków.

Analiza danych. Kluczową analizowaną zmienną zależną był procent prób, w których szczur nacisnął dźwignię „odbieram nagrodę" (obliczony jako liczba naciśnięć na dźwignię „odbieram nagrodę"/(liczba naciśnięć na dźwignię „odbieram nagrodę" + liczba naciśnięć na dźwignię „gram dalej")*100) w zależności od zastosowanego związku i wzoru zapalenia lampek.

$$\text{wybór dźwigni "odbieram nagrodę"}(\%) = \frac{\text{l. naciśnięć na dźwignię "odbieram nagrodę"}}{\text{l. naciśnięć na dźwignię "odbieram nagrodę"} + \text{l. naciśnięć na dźwignię "gram dalej"}} * 100$$

Szczególnie interesujące były reakcje wyboru dźwigni „odbieram nagrodę" w przypadku zapalenia wzoru „prawie wygrana". Spodziewano się, że badane związki obniżą tę reakcję w stosunku do efektów soli fizjologicznej (placebo). Analizę otrzymanych danych przeprowadzono używając programu IBM SPSS 22 (Chicago, IL, USA). Wyniki opracowano za pomocą wieloczynnikowej analizy wariancji (ANOVA), jako testu *post-hoc* użyto konserwatywnego testu Tukeya HSD. Ponieważ działanie MPEP-u jest krótkotrwałe, opisany parametr był analizowany zarówno dla przebiegu całej 30-minutowej sesji, jak również z podziałem sesji na trzy 10-minutowe bloki czasowe.

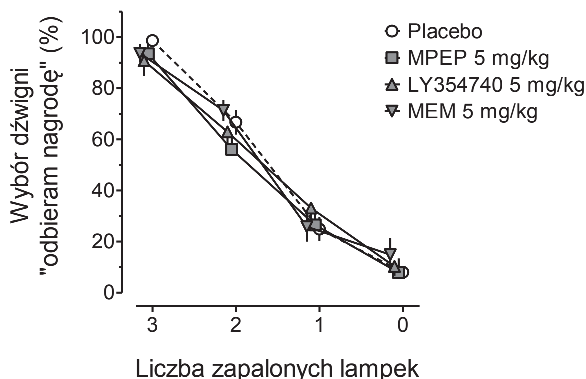
Eksperymenty z podawaniem badanych związków rozpoczęły się po ustaleniu stałej, bazowej odpowiedzi w protokole eksperymentalnym. Następowało to wtedy, gdy nie stwierdzano różnic statystycznych pomiędzy współczynnikami % naciśnięć na dźwignię „odbieram nagrodę" w pięciu kolejnych sesjach.

3. Wyniki przeprowadzonych badań

Z dwudziestu szczurów, z którymi rozpoczynano pracę, 18 przystąpiło do eksperymentów z badanymi związkami (2 z nich zostały usunięte z grupy eksperymentalnej, ponieważ nie spełniły kryterium na wcześniejszych etapach treningu opisanych powyżej).

Wpływ badanych związków na % naciśnięć na dźwignię „odbieram nagrodę". Analiza wyników przeprowadzonego eksperymentu, w którym podawano memantynę, MPEP oraz LY354740 wykazała istotnie statystyczny, specyficzny wpływ podań. Wykres 1 pokazuje, że podania związków nie wpłynęły istotnie na naciśnięcia dźwigni „odbieram nagrodę", gdy analizowano przebieg całej sesji (30 minut): czynnik wzoru lampek, $F(3,267) = 248.52$, $P<0.001$; czynnik podań związków, $F(3,267) = 0.88$, NS, interakcja między czynnikami $F(9,267) = 0.827$, NS.

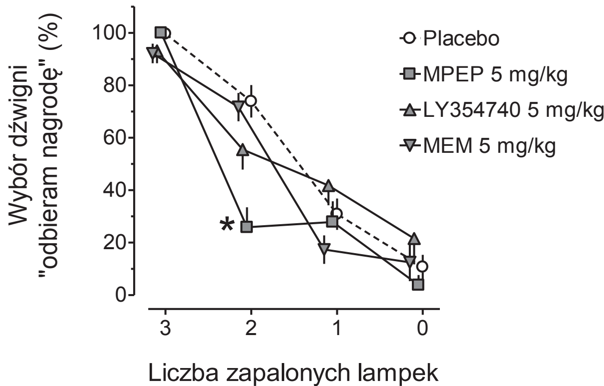
Wykres 1. Wybór dźwigni „odbieram nagrodę" w trakcie trwania całej sesji (30min).



Jednak analiza poszczególnych 10-minutowych bloków czasowych wykazała, że podania trzech badanych związków istotnie statystycznie wpływały na współczynnik naciśnięcia dźwigni „odbieram nagrodę" w próbach z dwiema lampkami zapalonymi („prawie wygrane") podczas pierwszych 10 minut testu: interakcja między czynnikiem wzoru lampek x czynnikiem podań związków x czynnikiem czasu: $F(18,480) = 2.72$, $P<0.001$ (brak tej istotności w dwóch pozostałych blokach czasowych: 10-20 min, 20-30 min). Dalsza analiza przy pomocy testu *post hoc* Tukey'a wykazała istnienie specyficznego efektu hamującego

naciśnięcia dźwigni „odbieram nagrodę" w próbach „prawie wygranych" po podaniach związku MPEP, w porównaniu do grupy kontrolnej (placebo).

Wykres 2. Wybór dźwigni „odbieram nagrodę" w pierwszym dziesięciominutowym bloku czasowym (0-10 min).



4. Wnioski wynikające z przeprowadzonych badań

Przedstawione badania zostały przeprowadzone, aby zbadać efekty ostrych podań memantyny, MPEP-u oraz związku LY354740 na pracę szczurów w teście symulacji gry na maszynie wrzutowej ze szczególnym uwzględnieniem prób „prawie wygranych", które zdają się być kluczowymi w rozwoju oraz utrzymaniu patologicznego hazardu (Clark, 2010).

Wniosek 1.: Uzyskane wyniki pokazują, że współczynnik wyboru dźwigni „odbieram nagrodę" (wyrażony w procentach) wzrasta liniowo wraz ze wzrostem liczby zapalonych lampek w danej próbie (Wykres 1). Poczynione obserwacje potwierdzają i wspierają wcześniejsze doniesienia (Cocker i in., 2014; Winstanley i in., 2011), świadcząc o „uzależnieniowym" charakterze zachowań zwierząt w opisywanym teście.

Wniosek 2.: Bazując na uzyskanych wynikach, efekt podania MPEP (przy braku efektu memantyny oraz LY354740) sugeruje hamujące działanie tego związku na zachowania podobne do hazardowych. Co istotne, MPEP zmniejszył liczbę wyborów dźwigni

nagradzającej, a działanie to było specyficzne: charakteryzowało zachowanie zwierząt tylko w próbach „prawie wygranych", i tylko w pierwszych 10 minutach trwania sesji eksperymentalnej. Relatywnie krótki czas półtrwania MPEP-u (Anderson i in., 2003) był najprawdopodobniej odpowiedzialny za brak efektu liczonego tak dla pozostałych przedziałów czasowych sesji (10-20 minut, 20-30 minut), jak i dla czasu trwania całej sesji (30 minut).

Wniosek 3.: Chociaż antagonista receptorów mGlu5, MPEP, hamował pewne przejawy zachowań podobnych do hazardowych, pozostałe testowane związki nie wykazały podobnego działania. Związki, które hamują transmisję glutaminianergiczną, niezależnie od sposobu ich działania, zmniejszają różnorakie symptomy uzależnień od substancji (por. paragraf 1), jednakowoż dane dotyczące uzależnień behawioralnych są niejednoznaczne. Na przykład: dane z badań klinicznych wskazują, że memantyna, antagonista receptora NMDA, zmniejsza częstotliwość występowania epizodów objadania się w tzw. „objadaniu napadowym" (BED – *Binge eating disorder*) (Brennan i in., 2008), potwierdzając wyniki badań na szczurach, w których wykazano, że tylko memantyna (ale nie MPEP) była efektywna w hamowaniu tych napadów (Popik i in., 2011). Jednak wyniki badań przeprowadzonych na pawianach wskazują, że zarówno memantyna jak i MPEP zmniejszały przypominającą napadowe objadanie się konsumpcję cukru (Bisaga i in., 2008). Wykazano również, że memantyna zmniejszała czas poświęcany na uprawianie hazardu i zwiększała elastyczność poznawczą, co sugeruje, że związek ten może być efektywnym w terapii pacjentów z takimi uzależnieniami behawioralnymi, jak patologiczny hazard czy objadanie napadowe. Dlatego biorąc pod uwagę niespójność przedstawionych powyżej danych z badań klinicznych oraz badań na zwierzętach można wnioskować, że brak efektu memantyny w opisywanych w artykule badaniach nie kontrastuje z jej pozytywnym działaniem wykazanym w badaniach przeprowadzonych u ludzi.

Wniosek 4.: Wyjaśnienie mechanizmu działania związku MPEP wychodzi jednak poza granice obecnego opracowania. Można sądzić, że MPEP hamował nagradzający efekt zaświecenia dwóch z trzech lampek, traktowany przez szczury jako „wygrana". Inne mniej prawdopodobne czynniki mogą uwzględniać efekt hamowania impulsywności, jednakże wymaga to dalszych badań.

5. Możliwości wykorzystania przeprowadzonych badań

Obecne doświadczenia wsparte środkami Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych Ministra Zdrowia: Program I: *Wspieranie badań naukowych dotyczących zjawiska uzależnienia od hazardu lub innych uzależnień niestanowiących uzależnienia od substancji psychoaktywnych a także rozwiązywania problemów z tym związanych* – stanowią pierwsze na świecie próby sugerujące możliwości farmakologicznego hamowania zachowań przypominających hazard. Aby wyciągnąć dalej idące wnioski i móc wskazać z całą pewnością mechanizmy oraz sposoby działania potencjalnych leków, konieczne są dalsze, bardziej szczegółowe badania.

Bibliografia:

Anderson J. J., Bradbury M. J., Giracello D. R., Chapman D. F., Holtz G., Roppe, J., Varney, M. A. (2003). In vivo receptor occupancy of mGlu5 receptor antagonists using the novel radioligand [3H]3-methoxy-5-(pyridin-2-ylethynyl)pyridine). *European Journal of Pharmacology* 473, 35-40.

Baptista M. A. (2004). Preferential Effects of the Metabotropic Glutamate 2/3 Receptor Agonist LY379268 on Conditioned Reinstatement versus Primary Reinforcement: Comparison between Cocaine and a Potent Conventional Reinforcer. *Journal of Neuroscience* 24 (20), 4723-4727.

Bisaga A., Comer S. D., Ward A. S., Popik P., Kleber H. D., Fischman M. W. (2001). The NMDA antagonist memantine attenuates the expression of opioid physical dependence in humans. *Psychopharmacology* 157 (1), 1-10.

Bisaga A., Danysz W., Foltin R. W. (2008). Antagonism of glutamatergic NMDA and mGluR5 receptors decreases consumption of food in baboon model of binge-eating disorder. *European Neuropsychopharmacology: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 18 (11), 794-802.

Brennan B. P., Roberts J. L., Fogarty K. V, Reynolds K. A, Jonas J. M., Hudson J. I. (2008). Memantine in the treatment of binge eating disorder: an open-label, prospective trial. *The International Journal of Eating Disorders* 41 (6), 520-526.

Chiamulera C., Epping-Jordan M. P., Zocchi A., Marcon C., Cottiny C., Tacconi S., Conquet F. (2001). Reinforcing and locomotor stimulant effects of cocaine are absent in mGluR5 null mutant mice. *Nature Neuroscience* 4 (9), 873–874.

Clark L. (2010). Decision-making during gambling: an integration of cognitive and psychobiological approaches. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* 365 (1538), 319–330.

Cocker P. J., Le Foll B., Rogers R. D., Winstanley C. A. (2014). A Selective role for dopamine D4 receptors in modulating reward expectancy in a rodent slot machine task. *Biological Psychiatry* 75 (10), 817-824.

Cocker P. J., Winstanley C. A. (2015). Irrational beliefs, biases and gambling: Exploring the role of animal models in elucidating vulnerabilities for the development of pathological gambling. *Behavioural Brain Research* 279, 259-273.

Dakwar E., Levin F., Foltin R. W., Nunes E. V., Hart C. L. (2014). The effects of subanesthetic ketamine infusions on motivation to quit and cue-induced craving in cocaine-dependent research volunteers. *Biological Psychiatry* 76 (1), 40-46.

Grant J. E., Chamberlain S. R., Odlaug B. L., Potenza M. N., Kim, S. W. (2010a). Memantine shows promise in reducing gambling severity and cognitive inflexibility in pathological gambling: A pilot study. *Psychopharmacology* 212, 603-612.

Grant J. E., Kim S. W., Odlaug B. L. (2007). N-Acetyl Cysteine, a Glutamate-Modulating Agent, in the

Treatment of Pathological Gambling: A Pilot Study. *Biological Psychiatry* 62 (6), 652-657.
Grant J. E., Potenza M. N., Weinstein A., Gorelick D. A. (2010b). Introduction to Behavioral Addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 36 (5), 233-241.
Griffiths M. (1996). Pathological gambling: a review of the literature. *Journal of Psychiatry Mental Health Nurs* 3 (6), 347-353.
Lee B., Platt D. M., Rowlett J. K., Adewale A. S., Spealman R. D. (2005). Attenuation of Behavioral Effects of Cocaine by the Metabotropic Glutamate Receptor 5 Antagonist 2-Methyl-6- (phenylethynyl) -pyridine in Squirrel Monkeys: Comparison with Dizocilpine. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* 312 (3), 1232-1240.
Lesieur H. R., Rosenthal R. J. (1991). Pathological gambling: A review of the literature (prepared for the American Psychiatric Association task force on DSM-IV committee on disorders of impulse control not elsewhere classified). *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 7 (1), 5-39.
Mcgeehan A. J., Janak P. H., Olive M. F. (2004). Effect of the mGluR5 antagonist 6-methyl-2-(phenylethynyl)pyridine (MPEP) on the acute locomotor stimulant properties of cocaine, D-amphetamine, and the dopamine reuptake inhibitor GBR12909 in mice. *Psychopharmacology* 174 (2), 266-273.
Moghaddam B., Adams B. W. (1998). Reversal of phencyclidine effects by a group II metabotropic glutamate receptor agonist in rats. *Science* 281 (5381), 1349–1352.
Olive M. F., Cleva R. M., Kalivas P. W., Malcolm R. J. (2012). Glutamatergic medications for the treatment of drug and behavioral addictions. *Pharmacology Biochemistry and Behavior* 100 (4), 801–810.
Popik P., Kos T., Zhang Y., Bisaga A. (2011). Memantine reduces consumption of highly palatable food in a rat model of binge eating. *Amino Acids* 40 (2), 477-485.
Popik P., Kozela E., Pilc, A. (2000). Selective agonist of group II glutamate metabotropic receptors, LY354740, inhibits tolerance to analgesic effects of morphine in mice. *British Journal of Pharmacology* 130 (6), 1425-1431.
Popik P., Skolnick P. (1996). The NMDA antagonist memantine blocks the expression and maintenance of morphine dependence. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior* 53 (4), 791-797.
Popik P., Wrobel M., Bisaga A. (2006). Reinstatement of morphine-conditioned reward is blocked by memantine. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology* 31 (1), 160-170.
Popik P., Wróbel M. (2002). Morphine conditioned reward is inhibited by MPEP, the mGluR5 antagonist. *Neuropharmacology* 43, 1210-1217.
Potenza M. N. (2008). The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* 363 (1507), 3181-3189.
Potenza M. N. (2009). The importance of animal models of decision making, gambling, and related behaviors: implications for translational research in addiction. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology* 34 (13), 2623-2624.
Reid R. L. (1986). The psychology of the near miss. *Journal of Gambling Behavior* 2 (1), 32-39.
Tomek S. E., Lacrosse A. L., Nemirovsky N. E., Olive M. F. (2013). NMDA Receptor Modulators in the Treatment of Drug Addiction. *Pharmaceuticals (Basel, Switzerland)* 6 (2), 251–268.
van Holst R. J., van den Brink W., Veltman D. J., Goudriaan A. E. (2010). Why gamblers fail to win: A review of cognitive and neuroimaging findings in pathological gambling. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 34 (1), 87-107.
Volkow N. D., Skolnick P. (2012). New medications for substance use disorders: challenges and opportunities. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology* 37 (1), 290-292.
Winstanley C., Cocker P. J., Rogers R. D. (2011). Dopamine Modulates Reward Expectancy During Performance of a Slot Machine Task in Rats: Evidence for a “Near-miss” Effect. *Neuropsychopharmacology* 36 (5), 913-925.

Bernadeta Lelonek-Kuleta

Badania dotyczące psychologicznych i społecznych wyznaczników funkcjonowania mężczyzn uzależnionych od gry na automatach losowych

Abstract

Psychological and social indicators of functioning of men addicted to slot machines

The article presents the results of research aimed at identifying the psychological and social determinants of functioning of men addicted to slot machines. The study involved 131 men playing on slot machines, who have completed the following methods: Personality Inventory NEO-FFI, Adjective Check List ACL, Cognitive Biases Questionnaire, Gambling Addiction Scale, Personal Data Sheet. 54.2% of the male respondents met the criteria for pathological gambling DSM-IV, 18.3% were at risk of addiction to gambling, and 27.5% experienced no problems with playing.

The study showed that certain psychological and social variables co-exist with addiction to gambling. These are among others: increased neuroticism, reduced conscientiousness, difficulties in interpersonal relationships, low self-esteem, hedonistic tendencies, aversion to exercise, lack of stamina, inability to specify the goals in life, low resistance to stress, inability to cope with problems, guilt feelings, impulsiveness, difficulties with self-control, faith in the queues dependence, the illusion of control, belief in superstitions. Most often the addicted people play to win and/or to mitigate a bad mood.

1. Uzasadnienie badań nad psychologicznymi i społecznymi wyznacznikami funkcjonowania mężczyzn uzależnionych od gry na automatach losowych[1]

Aktywność hazardowa podejmowana jest przez ludzi od wieków. Badania archeologiczne wykazały, że gry hazardowe pojawiły się w trzecim tysiącleciu przed naszą erą na Dalekim Wschodzie i w Egipcie. Według Platona, „twórcą” gier hazardowych był *Toth* – bóg egipski nazywany u Greków Hermesem. W Egipcie odkryto też ślady pierwszych „oszustów hazardowych” – np. w sarkofagach sprzed 2000 lat odnaleziono kości do gry oznaczone w taki sposób, aby można było nimi oszukiwać (Lesterlin, 2003).

Granie hazardowe zakłada przede wszystkim podejmowanie ryzyka (przedmiotem ryzyka są pieniądze lub inne dobro materialne) oraz nieprzewidywalność (nie ma możliwości wpływania na wynik ani przewidzenia go). Hazard z założenia jest rozrywką, w świetle polskiego prawa legalną dla osób dorosłych (od 18. r.ż.) (Ustawa o grach i zakładach wzajemnych z dnia 29 lipca 1992). Elementem tej rozrywki jest m.in. możliwość wygranej

[1] Szczegółowy opis badań można znaleźć w monografii: Lelonek-Kuleta B. (2012). Psychospołeczne korelaty uzależnień od gier hazardowych. Lublin: Wydawnictwo Naukowe KUL.

finansowej, ale nie jest ona gwarantowana, biorąc pod uwagę losowy charakter gry hazardowej.

Naukowcy interesują się różnymi aspektami hazardu od dziesięcioleci. Granie hazardowe jest m.in. przedmiotem badań behawioralnej ekonomii finansowej, w której procesy decyzyjne w inwestowaniu wyjaśniane są w odniesieniu do procesów wnioskowania, jakie mają miejsce w grze hazardowej (Cieślak, 2003; Zielonka, 2003). W ostatnich latach jednak badacze zajmują się szczególnie wyjaśnianiem podejmowania aktywności hazardowej, jej rozwoju oraz patologicznego nasilania tej aktywności się (Griffiths, 1995 ; Potenza, 2008). Problemem współczesnych społeczeństw jest nadmierne angażowanie się w gry o charakterze losowym, prowadzące do wielowymiarowych szkód w życiu jednostki i jej otoczenia. Problem ten został ujęty jako hazard patologiczny (*gambling disorder*) w piątej edycji klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego z 2013 roku (DSM-V). W klasyfikacji tej został włączony do kategorii *Substance-Related and Addictive Disorders*, podkategorii *Non-Substance-Related Disorders* (DSM-V, 2013, s. 585). Oznacza to, że mechanizmy rozwoju tego zaburzenia mają taki sam charakter, jak mechanizmy biorące udział w rozwoju uzależnień od substancji chemicznych. Jednocześnie opracowane zostały kryteria rozpoznawania patologicznego hazardu, według których osoba uzależniona od gry:

1. Odczuwa potrzebę grania coraz większą ilością pieniędzy w celu uzyskania pożądanego poziomu ekscytacji.
2. Doświadcza niepokoju lub rozdrażnienia w sytuacji ograniczenia lub zaprzestania grania.
3. Podejmowała wielokrotnie nieskuteczne wysiłki w celu kontrolowania, ograniczenia lub zaprzestania grania.
4. Często jest zaabsorbowana hazardem (np. nieustannie rozpamiętuje minione doświadczenia grania, planuje dalsze granie, wymyśla sposoby zdobycia pieniędzy na granie).
5. Często gra, kiedy jest w złym nastroju (np. bezsilność, poczucie winy, lęk, depresja).
6. Po przegraniu pieniędzy często powraca kolejnego dnia, by je odzyskać („odegrać").
7. Kłamie, aby ukryć rzeczywisty poziom zaangażowania w hazard.
8. Z powodu grania zagrożone lub utracone są jej znaczące relacje, praca, nauka, kariera.
9. Liczy na innych, aby zdobyć pieniędze w celu ratowania rozpaczliwej sytuacji finansowej spowodowanej przez hazard (DSM-V, 2013, s. 586).

Osoba, która spełnia 4-5 kryteriów, doświadcza patologicznego hazardu o łagodnym nasileniu, 6-7 kryteriów wskazuje na umiarkowane nasilenie patologicznego hazardu, a 8-9 świadczy o poważnym nasileniu patologicznego hazardu.

Rozwój uzależnienia od hazardu przebiega według stałych faz, spośród których specjaliści wymieniają następujące: 1) Inicjacja, 2) Przyzwyczajenie, 3) Potrzeba, 4) Cierpienie, 5) Konsekwencje (Dupouy, Chatagnon, 1929), lub: 1) Faza zwycięstw, 2) Faza strat, 3) Faza desperacji, 4) Faza utraty nadziei (Custer, 1985). W fazie zwycięstw gracz doświadcza silnym pozytywnych wzmocnień w związku z pierwszymi wygranymi, faza ta ma miejsce na etapie początkowym aktywności hazardowe. Dążenie do odtworzenia wygranych skutkuje nasileniem aktywności hazardowej, a w konsekwencji – kumulującymi się przegranymi, z którymi gracz nie potrafi zaakceptować. Kolejnym etapem jest stopniowa utrata kontroli i poczucie konieczności grania, a ostatnim – nagromadzenie negatywnych skutków gry, całkowita utrata kontroli i przymus grania skutkujący brakiem nadziei na poprawę własnej sytuacji.

Na gruncie różnych teorii podejmowane są próby wyjaśniania rozwoju patologicznego hazardu. Klasycznym tekstem opisującym granie hazardowe w podejściu psychodynamicznym jest „Dostojewski und die Vatertötung" (Dostojewski i Ojcobójstwo) (Freud, 1928). Według Freuda podstawową motywacją do grania hazardowego nie jest wygrana finansowa, ale poczucie winy i potrzeba samoukarania, których źródła należy poszukiwać w dzieciństwie (Freud 1928). Behawioryzm wyjaśniał patologiczny hazard w pojęciach uczenia się. Prawidłowości rządzące warunkowaniem instrumentalnym znajdowały tu szczególnie zastosowanie. Wymienić można chociażby programy nieregularnych wzmocnień czy znaczenie wzmocnień pozytywnych w modyfikacji zachowań (Valleur, Bucher, 1999). Współczesne kierunki wyjaśniania powstawania uzależnienia od hazardu odwołują się do teorii kognitywnych, które w przypadku patologicznego hazardu odgrywają szczególną, a według niektórych specjalistów – kluczową rolę w jego rozwoju (Ladouceur, 1996). Najkrócej mówiąc, w świetle koncepcji poznawczych uzależnienie od grania jest efektem popełniania błędów myślenia odnoszących się do szacowania wyniku w grze. Te zniekształcenia poznawcze zmieniają charakter grania (na bardziej ryzykowny), co w konsekwencji prowadzi do rozwoju uzależnienia (Minet i in., 2004; Giroux i in., 2000; Joukhador i in., 2004).

Najbardziej współczesne podejścia odwołują się do biologicznych przyczyn uzależnienia od hazardu, do których należy m.in.: 1) niedobór neuroprzekaźnika serotoniny, 2) zaburzenia przekaźnictwa beta endorfiny – neurotransmitera działającego przeciwbólowo, wywołującego uczucie błogości, 3) niedobór dopaminy – neurotransmitera wydzielanego w sytuacjach przyjemności, który jest wydzielany również podczas gry hazardowej (Papineau i in., 2001; Potenza, 2008; O'Sullivan i in., 2009). Badania wykazały ponadto, że odpowiedzi

neuronalne generowane są przez te same obszary w mózgu zarówno w sytuacji zażywania kokainy, jak również grania hazardowego (*nucleus*, SLEA-*subtenticular extended amygdala*, *hypothalamus*) (Hans i in., 2001).

Najbardziej uniwersalne w wyjaśnianiu uzależnień od substancji czy czynności są jednak modele wielowymiarowe. Według Blaszczynskiego interakcja czynników psychologicznych, środowiskowych i biologicznych najlepiej wyjaśnia uzależnienie od hazardu (Blaszczynski, Nower, 2002). Zmienne psychologiczne, środowiskowe i biologiczne, jako wyjaśniające patologiczny hazard wymienia także Bernhard (2007). Według Suissy do rozwoju uzależnienia od hazardu przyczynia się relacja: jednostka – aktywność grania – kontekst, obejmująca szereg różnych czynników (Suissa, 2001).

Celem badań prezentowanych w niniejszym artykule było poznanie psychologicznych i społecznych wyznaczników funkcjonowania graczy hazardowych w Polsce oraz znalezienie odpowiedzi na pytanie, czy populacja osób uzależnionych od hazardu różni się znacząco od osób uprawiających hazard w sposób rekreacyjny.

Wśród czynników wyjaśniających patologiczny hazard w omawianym projekcie badawczym uwzględniono cechy osobowości ujęte w modelu Wielkiej Piątki. W modelu tym cechy osobowości mają podłoże biologiczne i stanowią najbardziej fundamentalne wymiary osobowości. Pozostają one w interakcji ze środowiskiem i warunkują motywy, nawyki, role, relacje oraz koncepcję siebie (McCrae, Costa, 2005). Podwyższone wyniki w wymiarze neurotyczności mogą wiązać się z podejmowaniem zachowań impulsywnych, w tym grania hazardowego (Brooner i in., 1994). Związek podwyższonej neurotyczności z patologicznym hazardem potwierdzony został także przez innych badaczy (Ladouceur i in., 2004; Ladouceur i in., 1999). Zwraca się też uwagę na związek tego zaburzenia z potrzebą poszukiwania wrażeń, co może sugerować podwyższoną otwartość na doświadczenie u uzależnionych graczy (Chevalier, Allard, 2001; Ladouceur i in., 1998). Hedonistyczne nastawienie do życia uzależnionych graczy, ich niechęć do podejmowania wysiłku oraz brak konsekwencji w dążeniu do celu mogą sugerować obniżenie u nich cechy sumienności (Chevalier, Allard, 2001). Istnieją także badania wykazujące związek introwersji oraz trudności w nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych z podejmowaniem aktywności hazardowej (zwłaszcza gry na automatach losowych) oraz z uzależnieniem od grania (Allard i in., 2003; Griffiths, 1995; Jacobs, 2000).

Wśród czynników wyjaśniających uzależnienie od hazardu w projekcie badawczym uwzględniono także obraz siebie (badany za pomocą Testu Przymiotnikowego ACL Gougha i Heilbruna), a także potrzeby psychologiczne i zmienne osobowościowe mierzone testem

ACL. Gracze patologiczni częściej posiadają obniżoną samoocenę, co potwierdzają badania (Allard i in., 2003). Hazard podejmowany jest w celu zaspokojenia indywidualnych potrzeb jednostki, wśród których wymieniane są: potrzeby kontaktów społecznych, podniesienia własnej wartości w oczach własnych i innych osób, rywalizacji, ryzyka, ekspresji siebie, sukcesu, doznań estetycznych, intelektualnych, podporządkowania się, itd. (Allard i in., 2003; Chevalier, Allard, 2001; Chevalier i in., 2003; Ladouceur i in., 2004; Papineau i in., 2001; Suissa, 2001).

Oprócz wymienionych czynników osobowościowych w badaniu ujęto zmienne natury poznawczej, specyficzne dla grania hazardowego. Liczna badania potwierdzają, że hazardziści popełniają błędy poznawcze odnoszące się do szacowania prawdopodobieństwa wyniku w grze (Cieślak, 2003; Dzik, 2004; Zielonka, 2003). Szczególne nasilenie błędów poznawczych cechuje hazardzistów patologicznych (Chevalier i in., 2004; Joukhador i in., 2004; Minet i in., 2004).

Autorkę badań i niniejszego artykułu interesowały także socjodemograficzne i kontekstualne wyznaczniki grania na automatach losowych oraz uzależnienia od hazardu. W tym kontekście uwzględnione zostały następujące czynniki: wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy, okres grania, motywacja inicjacji grania, częstotliwość grania.

2. Metodologia prowadzonych badań

Problemem badawczym projektu była identyfikacja psychologicznych i społecznych wyznaczników funkcjonowania mężczyzn uzależnionych od gry na automatach losowych. Postawione zostały następujące hipotezy badawcze:

Hipoteza 1. Określone zmienne psychologiczne różnicują w sposób istotny hazardzistów uzależnionych, zagrożonych i nieuzależnionych od gry na automatach losowych.

Hipoteza 2. Zmienne socjodemograficzne różnicują w sposób istotny statystycznie graczy uzależnionych, zagrożonych uzależnieniem i nieuzależnionych od gry na automatach losowych.

Hipoteza 3. Istnieje pewna specyfika grania w aspekcie trwania, częstotliwości, atrybucji przyczyn, dotycząca osób uzależnionych od automatów, odróżniająca je w sposób istotny od graczy nieuzależnionych i zagrożonych uzależnieniem.

Procedura badawcza. Badania prowadzone były w salonach gry lub kasynach. Do udziału w badaniu zapraszano w pierwszej kolejności mężczyzn, którzy w danym momencie nie grali – stali przy barze lub przyglądali się grze innych. Po wyrażeniu zgody oraz weryfikacji przynależności do grupy badanych osób (wiek powyżej 20 lat, granie na automatach losowych minimum od pół roku), badani otrzymywali zestaw kwestionariuszy, które najczęściej wypełniali samodzielnie. Ankieter znajdował się jednak w pobliżu w celu wyjaśniania ewentualnych niejasności. Wypełnienie kwestionariuszy zajmowało ok. 30-40 minut. Część mężczyzn prosiło o czytanie im na głos pytań z kwestionariuszy oraz zapisywanie za nich odpowiedzi. W takiej sytuacji badanie trwało zdecydowanie dłużej. Pojedyncze osoby przerywały wypełnianie metod tłumacząc to znudzeniem, niektóre z nich, po motywacyjnej rozmowie, godziły się dokończyć zadanie.

Opis metod wykorzystanych w badaniach. *Inwentarz Osobowości NEO-FFI* P. Costy i R. McCrae (*NEO – Five Factor Inventory*) jest metodą opartą na tzw. Pięcioczynnikowym Modelu Osobowości, przeznaczoną do badania pięciu głównych jej wymiarów (cech), czyli tzw. Wielkiej Piątki. Kwestionariusz NEO-FFI umożliwia dokonanie diagnozy w zakresie: neurotyczności, ekstrawersji, sumienności, otwartości na doświadczenie, ugodowości. Polskiej adaptacji metody dokonali B. Zawadzki, J. Strelau, P. Szczepaniak i M. Śliwińska (1998). Inwentarz NEO-FFI zawiera 60 itemów, po 12 dla każdego z pięciu wymiarów osobowości. Badany musi ustosunkować się do każdego twierdzenia na skali pięciostopniowej. Metoda przeznaczona jest do badania kobiet i mężczyzn powyżej 15. roku życia, do poprawnego wypełnienia jej wystarczy podstawowy poziom umiejętności pisania i czytania, nie poddaje się wpływowi zmiennych demograficznych. Według McCrae i Costy (2005), skale są w niewielkim stopniu obciążone czynnikiem aprobaty społecznej.

Test przymiotnikowy ACL G. H. Gougha i A. B. Heilbruna przeznaczony jest do badania młodzieży i osób dorosłych. Narzędzie tworzy 300 przymiotników, z której badany wybiera te, które najlepiej go określają (według niego samego). W badaniach wykorzystano wersję metody z 1980 roku, która posiada 37 skal. Test obejmuje następujące grupy skal: 1) Skale *modus operandi*, 2) Skale potrzeb, 3) Skale tematyczne, 4) Analiza transakcyjna, 5) Skale oryginalności – inteligencji.

Test ACL umożliwia diagnozowanie m.in. obrazu siebie, jego stabilność/niestabilność, akceptację/brak akceptacji siebie, zbieżność/rozbieżność z ideałem siebie, mglistość/konkretność obrazu siebie. Gough i Heilbrun, wskazują na możliwość

wykorzystania tego narzędzia w badaniach określonych grup osób, np. zawodowych czy społecznych. W tym przypadku można poszukiwać charakterystycznych dla tych grup konstelacji przymiotników, a także badać podobieństwa i różnice z innymi grupami osób (Siek, 1996).

Kwestionariusz do Badania Błędów Poznawczych opracowany został przez specjalistów z Centrum Psychosocjologii Opinii z Uniwersytetu *Libre de Bruxelle* oraz Fundacji Rodin z Belgii. Kwestionariusz został stworzony na potrzeby badań populacji hazardzistów w Belgii. Metoda przeznaczona jest do diagnozy błędów poznawczych popełnianych przez graczy. Obejmuje 15 pytań, zawierających 2 lub 3 możliwości odpowiedzi do wyboru, które służą do pomiaru trzech rodzajów błędów poznawczych:
1) Wiara w zależność kolejek (np. „Przyjaciel powiedział Ci, że automat do gry, na którym dużo ludzi postawiło dzisiaj pieniądze, nie wypłacił jeszcze wygranych. Jeśli zagrasz teraz na tym automacie, sądzisz, że: 1) Masz większe szanse na wygraną, 2) Masz mniejsze szanse na wygraną, 3) Mam takie same szanse na wygraną, jak na każdym innym automacie", odpowiedź diagnostyczna, wskazująca na błąd poznawczy – 1 i 2).
2) Iluzja kontroli (np. „Czy sądzisz, że gracz, który od ponad 15 lat gra na automatach, dzięki doświadczeniu ma większą szansę na wygraną? 1) Tak, 2) Nie", odpowiedź diagnostyczna – 1).
3) Wiara w zabobony (np. „Co sądzisz o wykorzystywaniu dat urodzin przy wybieraniu numerów w Lotto: 1) Zwiększa to szanse na wygraną, ponieważ są to „szczęśliwe numery", 2) Zmniejsza to szanse na wygraną, 3) Nic nie zmienia jeżeli chodzi o szanse na wygraną", odpowiedź diagnostyczna – 1 i 2).

Skala Uzależnienia od Grania Hazardowego opracowana na podstawie kryteriów patologicznego hazardu z DSM-IV[2]. Skala zbudowana została z dziesięciu pytań sformułowanych na podstawie dziesięciu kryteriów patologicznego hazardu. Pytania miały charakter zamknięty, osoba mogła zgodzić się z kolejnymi stwierdzeniami lub nie. Jedynie pytanie 9 zawierało doprecyzowanie i wymagało ewentualnego wskazania dodatkowych odpowiedzi (wskazanie relacji, które zostały zaburzone z powodu grania). Kryteria diagnostyczne według DSM-IV były wykorzystywane do diagnozy uzależnienia w wielu badaniach na świecie, stąd ich wybór dla potrzeby projektu badawczego (Chevalier i in., 2004; Ladouceur i in., 2004). Wyniki interpretowane były w sposób następujący: 0-2 punkty

[2] Z racji tego, iż badania przeprowadzano przed 2013 rokiem, wykorzystane zostały kryteria patologicznego hazardu z DSM-IV.

– brak uzależnienia, 3-4 punkty – ryzyko grania patologicznego, 5 i więcej punktów – granie patologiczne.

Arkusz danych osobowych pozwolił na zebranie dodatkowych informacji o osobie badanej – m.in. o jej: wieku, stanie cywilnym, miejscu zamieszkania, wykształceniu, rodzaju wykonywanej pracy, okresie grania, motywacji inicjowania grania, częstotliwości grania.

Charakterystyka badanej grupy. W badaniach wzięło udział 131 dorosłych mężczyzn grających hazardowo na automatach losowych. W grupie badanych znajdowali się mężczyźni uprawiający hazard w sposób rekreacyjny (nieuzależnieni od hazardu), zagrożeni uzależnieniem oraz uzależnieni od gry na automatach losowych – ich procentowy udział w badanej grupie zostanie przedstawiony w dalszej części artykułu. Badani pochodzili z pięciu miast Polski: Kielc, Lublina, Warszawy, Szczecina i Włoszczowej.

Pod względem wieku dominowali mężczyźni od 20. do 35. r.ż. (67,9%), kolejną pod względem liczebności grupę stanowili mężczyźni od 36. do 49. r.ż. (19,1%), najmniejszy odsetek stanowili mężczyźni w wieku 50-65 lat (13%).

W odniesieniu do stanu cywilnego w grupie badanych dominowali mężczyźni o statusie kawalera (51,1%), drugą pod względem liczebności zbiorowością byli mężczyźni żonaci (35,1%), najmniej liczni byli mężczyźni po rozwodzie i/lub w separacji (13%).

Jeżeli chodzi o wykształcenie, rozkładało się ono w charakteryzowanej grupie w sposób następujący: wykształcenie średnie (58,8%), wyższe (17,6%), niepełne wyższe (16,8%), podstawowe (6,9%). Badani mężczyźni najczęściej wykonywali pracę fizyczną (39,7%), kolejną pod względem liczebności grupą byli bezrobotni (18,3%), pracownicy umysłowi (16%), prowadzący własną działalność gospodarczą (15,3%) oraz studenci (10,7%). Prawie połowa badanych osób uprawiała hazard 5 lat i więcej (45,8%), 38,9% grała od 2 do 4 lat, a 15,3% od ½ do 1 roku.

Blisko połowa opisywanych osób grała kilka razy w tygodniu (44,3%), jedna czwarta badanych grała kilka razy w miesiącu (26%), 23,7% – uprawiało hazard bardzo często lub codziennie, a tylko 6,1% – grało jeden raz w miesiącu. Spośród motywacji do grania, badani wymieniali najczęściej chęć wygranej (35,9%), ciekawość (21,4%), rozrywkę (19,8%), towarzystwo (15,3%), nudę i brak zajęć (6,9%). Nasilenie problemów związanych z graniem hazardowym, diagnozowane za pomocą pytań opracowanych na podstawie kryteriów patologicznego hazardu w DSM-IV, prezentowało się następująco: 54,2% spośród wszystkich badanych spełniało kryteria patologicznego hazardu (5 i więcej odpowiedzi diagnostycznych),

18,3% – było zagrożonych rozwojem uzależnienia od grania, natomiast 27,5% – nie przejawiało żadnych problemów związanych z graniem hazardowym.

Przedstawione wyniki sugerują wysokie nasilenie problemów związanych z hazardem wśród graczy automatów. Zważywszy, że w badaniu brały udział tylko osoby chętne, współpracujące, można przypuszczać, że w całej populacji graczy nasilenie problemu jest jeszcze większe (wśród osób niewspółpracujących, agresywnych, nieodchodzących od automatu, konsekwencje grania mogą być jeszcze bardziej nasilone).

3. Wyniki przeprowadzonych badań

Wyniki dotyczące psychospołecznych wyznaczników funkcjonowania mężczyzn uzależnionych od gry na automatach losowych. Zaprezentowane poniżej wyniki odnoszą się do kolejnych charakterystyk graczy, w powiązaniu z nasileniem problemów doświadczanych przez nich w związku z hazardem (czyli przynależności do jednej z trzech grup wyróżnionych na podstawie wyników w DSM-IV – gracze uzależnieni, zagrożeni uzależnieniem, nieuzależnieni od hazardu).

Średni wiek graczy biorących udział w badaniu wyniósł 32 lata. Jednoczynnikowa analiza wariancji nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy graczami patologicznymi, zagrożonymi uzależnieniem i nieuzależnionymi w zakresie wieku. Dane z badań zachodnich wskazują na największe nasilenie problemów hazardowych wśród osób w wieku 25-45 lat, co znajduje odzwierciedlenie w polskiej grupie (Chevalier, Allard, 2001; Minet i in., 2004, s. 25; Valleur, Bucher, 1997).

Poziom wykształcenia oraz wykonywany zawód nie różnicowały graczy z trzech grup wyróżnionych na podstawie kryteriów DSM-IV. W literaturze zachodniej można znaleźć doniesienia o tym, iż hazardziści patologiczni częściej mają niższy poziom wykształcenia niż populacja, z której się wywodzą (Chevalier, Allard, 2001; Valleur, Bucher, 1997). Wśród polskich amatorów automatów losowych te różnice nie zaznaczają się, co może wskazywać, że ta forma rozrywki ma charakter „egalitarny", tzn. sięgają po nią osoby z różnych grup społecznych i o różnym statusie socjoekonomicznym. W literaturze wskazuje się także na specyfikę zawodów wykonywanych przez uzależnionych graczy. Najczęściej podejmują oni prace sezonowe o charakterze fizycznym, prowadzą własną działalność gospodarczą przynoszącą nieregularne dochody (taksówka, budownictwo itp.), bądź pozostają bez zatrudnienia bezrobociu (Minet i in., 2004, s. 25; Chevalier i in., 2004). W badanej grupie dominowało wykonywanie pracy fizycznej bądź pozostawanie bez zatrudnienia, jednak

czynnik wykonywanej pracy nie różnicował graczy uzależnionych, zagrożonych uzależnieniem i nieuzależnionych od grania.

Zmienna stanu cywilnego także nie różnicuje graczy uzależnionych, zagrożonych i nieuzależnionych od hazardu.

Czynnikiem, który istotnie różnicuje graczy z trzech grup wyróżnionych na podstawie kryteriów DSM-IV, jest charakter uprawiania hazardu. Istnieje wyraźny związek między częstotliwością grania a nasileniem problemów wynikających z tej aktywności, co potwierdzają wyniki badań innych autorów (np. Minet i in., 2004). Hazardziści nieuzależnieni najczęściej uprawiają hazard czasami i rzadko (jeden do kilku razy w miesiącu – 66%), natomiast tylko 8,3% nieuzależnionych gra codziennie. Gracze zagrożeni uzależnieniem najczęściej grają często i czasami (blisko 84% gra od kilku razy na tydzień do kilku razy na miesiąc), natomiast najmniej osób z tej grupy gra rzadko (raz na miesiąc) – 8,3%. Hazardziści uzależnieni najczęściej grają bardzo często i często (od kilku razy w tygodniu do codziennego grania – 68%), natomiast nikt z tej grupy nie uprawia hazardu rzadko (czyli jeden raz na miesiąc). Gracze różnią się także pod względem okresu uprawiania hazardu. Najogólniej mówiąc, okres grania jest dłuższy w przypadku graczy patologicznych niż rekreacyjnych (Minet i in. 2004). W polskiej próbie różnice te prezentują się następująco: gracze nieuzależnieni najrzadziej grają „długo" (powyżej 5 lat) – 22,2%, osoby zagrożone uzależnieniem najczęściej grają „średnio długo" (od 1 do 4 lat) – 54,2%, natomiast patologiczni hazardziści najczęściej grają „długo" (powyżej 5 lat) – 62%.

Kolejnym czynnikiem, który różnicuje trzy wyróżnione grupy graczy, jest motywacja do podejmowania gier hazardowych. Literatura wskazuje na kilka prawidłowości w analizowanym względzie. Po pierwsze, gracze uzależnieni częściej sięgają do gry w sytuacjach trudnych – m.in. w celu złagodzenia przykrych emocji (Blaszczynski, Nower, 2002; Chevalier i in., 2004; Allard i in., 2003). Po drugie, czynnikiem popychającym patologicznych hazardzistów do grania jest chęć wygranej finansowej (Ladouceur i in., 2004; Valleur, Bucher, 1997). W polskiej grupie wystąpiły analogiczne prawidłowości: gracze nieuzależnieni częściej sięgają do gier z powodu nudy, wolnego czasu oraz w celach rekreacyjnych, natomiast wśród patologicznych graczy dominuje pragnienie wygranej pieniężnej oraz chęć złagodzenia złego nastroju.

Przechodząc do charakterystyki psychologicznej graczy, badanie kwestionariuszem NEO-FFI wykazało, że gracze nieuzależnieni i uzależnieni różnią się istotnie statystycznie w odniesieniu do 2 cech: neurotyczności i sumienności. Różnice polegają na tym, że gracze uzależnieni mają istotnie wyższą neurotyczność oraz istotnie niższą sumienność niż

nieuzależnieni. Te dwie grupy nie różnią się istotnie od graczy zagrożonych uzależnieniem. Poza tym, wszystkich graczy charakteryzował obniżony poziom ugodowości.

Wyniki *Testu Przymiotnikowego* ACL także wykazały istnienie istotnych różnic między trzema grupami graczy. Różnice te zaznaczają się w odniesieniu do 13 czynników (na 37 wszystkich) ujmowanych w teście. Należą do nich dwie skale stanowiące klucze kontrolne (Fav – Liczba pozytywnych przymiotników, Com – Typowość), siedem skal potrzeb (Ord – porządku, Int – rozumienia siebie i innych, Nur – opiekowania się innymi, Aff – afiliacji, Agg – agresji, Def – podporządkowania), dwie skale tematyczne ujmujące określone aspekty zachowań interpersonalnych (P-Adj – Przystosowanie osobiste, Iss – Skala idealnego obrazu siebie), a także trzy skale analizy transakcyjnej, wskazujące na przystosowanie i społeczną efektywność jednostki (Np – Wychowawczy rodzic, A – Dorosły, Ac – Adaptowane dziecko). Szczegółowa analiza wyników przedstawiona zostanie we wnioskach w dalszej części artykułu.

Porównanie wielokrotne wyników za pomocą Testu Tukeya wykazało, że różnice istotne statystyczne występują między graczami uzależnionymi i nieuzależnionymi od hazardu, natomiast te dwie grupy nie różnią się istotnie od trzeciej grupy wyróżnionej za pomocą kryteriów DSM – graczy zagrożonych uzależnieniem. Gracze uzależnieni wykazują niższe od nieuzależnionych nasilenie w zakresie czynników: Potrzeba rozumienia siebie i innych, Potrzeba opiekowania się innymi, Przystosowanie osobiste, Wychowawczy rodzic, Dorosły oraz niższe w zakresie: Potrzeba agresji, Adaptowane dziecko (szczegółowa charakterystyka we wniosku 1 w dalszej części artykułu).

Specyficzne dla hazardu patologicznego czynniki odgrywające rolę w powstawaniu tego zaburzenia należą do poznawczego wymiaru funkcjonowania człowieka. Duża część badań dotyczących patologicznego hazardu odnosi się właśnie do tego wymiaru, m.in. badania Ladouceura zapoczątkowane na początku lat osiemdziesiatych (1984). W nurcie tym zakłada się, że istotne w powstawaniu uzależnienia od hazardu jest popełnianie błędów myślenia dotyczących szacowania prawdopodobieństwa wygranej (Dzik, 2004). Wymiar ten uwzględniony został także w prezentowanym projekcie badawczym. Biorąc pod uwagę wyniki *Kwestionariusza do Badania Błędów Poznawczych*, wykazano, że gracze uzależnieni, zagrożeni uzależnieniem oraz nieuzależnieni, różnią się istotnie od siebie w odniesieniu do przekonań dotyczących: zależności kolejek oraz iluzji kontroli. Porównania wielokrotne z wykorzystaniem testu Tukeya wykazały istnienie następujących prawidłowości:

- hazardziści uzależnieni istotnie częściej od nieuzależnionych są przekonani o kolejek gry,
- hazardziści zagrożeni uzależnieniem istotnie częściej od nieuzależnionych są przekonani o zależności kolejek gry,
- hazardziści uzależnieni istotnie częściej od nieuzależnionych są przekonani o możliwości kontrolowania przebiegu gry,
- hazardziści zagrożeni uzależnieniem istotnie częściej od nieuzależnionych są przekonani o możliwości kontrolowania przebiegu gry.

Wyniki badań dotyczących modelu wyjaśniającego uzależnienie od grania hazardowego. W celu zidentyfikowania zmiennych, które w największym stopniu wyjaśniają uzależnienia od hazardu, przeprowadzono analizę regresji wielokrotnej (krokowej) na zmiennych o charakterze psychologicznym. Tabela 1. prezentuje wyłonione za pomocą analizy regresji wielokrotnej zmienne wyjaśniające uzależnienie od gry hazardowej.

Tabela 1. Model wyjaśniający uzależnienie od grania na automatach losowych oparty na zmiennych osobowościowych (źródło: niepublikowana praca doktorska B. Lelonek „Psychospołeczne korelaty uzależnienia od gier hazardowych. Badania empiryczne mężczyzn grających na automatach losowych". Lublin: KUL, 2008). Podsumowanie regresji krokowej, liczoną metodą *forward stepwise* (krokowa postępująca)

	Wielokr.	Wielokr.	R^2	*Zmiana F*	*p*	Zmienne
Zmienne wprowadzane	*R*	R^2	zmiana		*zmiany*	zawarte
Neurotyczność	0,332(a)	0,103	0,110	15,965	0,000	NEU
Sumienność	0,414(b)	0,158	0,061	9,462	0,003	NEU, SUM
Iluzja kontroli	0,462(c)	0,194	0,042	6,724	0,011	NEU, SUM, ILUZ_KON
Typowość (COM)	0,491(d)	0,217	0,028	4,645	0,033	**NEU, SUM, ILUZ_KON, COM,**

$R = 0,491$, $R^2 = 0,241$, $F_{(4,\ 126)} = 10,003$, $p < 0,001$

Zmiennymi wyjaśniającymi uzależnienie od grania hazardowego na automatach, są: neurotyczność, sumienność, iluzja kontroli, typowość. Czynniki te wyjaśniają uzależnienie od grania hazardowego w 24,1%. Szersza interpretacja psychologiczna czynników znajduje się w dalszej części artykułu.

Kolejnym krokiem było opracowanie równania wyjaśniającego uzależnienie od grania hazardowego. Poniższa Tabela 2 prezentuje wskaźniki do równania.

Tabela 2. Zmienne osobowościowe wyjaśniające uzależnienie od grania na automatach losowych (źródło: niepublikowana praca doktorska B. Lelonek „Psychospołeczne korelaty uzależnienia od gier hazardowych. Badania empiryczne mężczyzn grających na automatach losowych". Lublin: KUL 2008).

Podsumowanie regresji krokowej, liczoną metodą *forward stepwise* (krokowa postępująca)

			Błąd st.		
Zmienne	*BETA*	*B*	*B*	$t_{(...)}$	*p*
W. wolny		6,087	1,336	4,556	,000
Neurotyczność	,193	,228	,099	2,314	,022
Sumienność	-,228	-,282	,101	-2,801	,006
Iluzja kontroli	,199	,342	,138	2,479	,015
Typowość (COM)	-,171	-,058	,027	-2,155	,033

R=0,491, R^2=0,241, $F_{(4, 126)}$=10,003, df=4, $p < 0,001$

Równanie wyjaśniające uzależnienie od hazardu (obliczone metodą krokową dla zmiennej – uzależnienie od grania hazardowego):

NEU · 0,193 + SUM · (-0,228) + ILUZ_KON 0,199 + COM · (-0,171) + 6,087

Legenda:

- NEU – neurotyczność
- SUM – sumienność
- ILUZ_KON – iluzja kontroli
- COM – typowość

Spośród wszystkich zmiennych osobowościowych współwystępujących z uzależnieniem od hazardu, cztery w największym stopniu je wyjaśniają (omówienie modelu w kolejnej części artykułu).

4. Wnioski wynikające z przeprowadzonych badań

Wyniki dotyczące psychologicznych i społecznych wyznaczników funkcjonowania graczy patologicznych pozwoliły na opracowanie psychospołecznego profilu gracza uzależnionego od automatów losowych. Poniżej zostaną przedstawione najważniejsze charakterystyki tego profilu.

Wniosek 1.: Patologicznych graczy cechuje skłonność do doświadczania negatywnych emocji takich, jak: wrogość, gniew, czy poczucie winy. Wynikają one m.in. z wysokiego napięcia oraz dużej pobudliwości, prezentowanej w gwałtownych reakcjach, powiązanych z obniżoną zdolnością do kontrolowania własnych popędów. Podwyższona

wrażliwość oraz niska odporność na stres predysponuje ich do częstego przeżywania stanów bezradności, załamania czy zniechęcenia, zwłaszcza w sytuacjach trudnych. Wykazują też lękowe nastawienie wobec spotykającej ich rzeczywistości i przyszłości.

Wniosek 2.: W kontaktach społecznych graczy uzależnionych dominuje rezerwa, obniżone zaufanie, izolowanie się. Osoby te unikają bliskich więzi z innymi ludźmi, boją się zaangażowania, zachowują postawę obronną. Są skoncentrowane na sobie oraz nie liczą się z uczuciami i przekonaniami innych. Mają zaniżoną samoocenę.

Wniosek 3.: W postawie życiowej graczy patologicznych dominują skłonności hedonistyczne – m.in. dążenie do zysku osiąganego szybko i bez wysiłku. Nie wykazują szczególnych ambicji życiowych, mają trudność z precyzowaniem własnych celów i dążeniem do nich. Szybko zniechęcają się i porzucają rozpoczęte działania przed ich zakończeniem. Trudno im zdobyć się na konsekwencję w realizowaniu własnych zamierzeń, przez co rzadko doprowadzają je do końca. To prowadzi do częstego doświadczania przez nich poczucia przegranej życiowej.

Wniosek 4.: Gracze patologiczni mają trudność ze sprostaniem wymaganiom, jakie stawia przed nimi praca. Cechuje ich obniżona zdolność do radzenia sobie z wyzwaniami życia codziennego, zwłaszcza w trudnych sytuacjach, a doświadczając ich, skłaniają się raczej do zachowań ucieczkowych i regresyjnych niż do bezpośredniej konfrontacji z nimi i do poszukiwania konstruktywnych rozwiązań.

Wniosek 5.: Gracze uzależnieni bywają odbierani przez otoczenie jako osoby konfliktowe, gwałtowne, trudne do przewidzenia w swoich reakcjach – często nieprzemyślanych, zbyt silnych i nieadekwatnych do sytuacji.

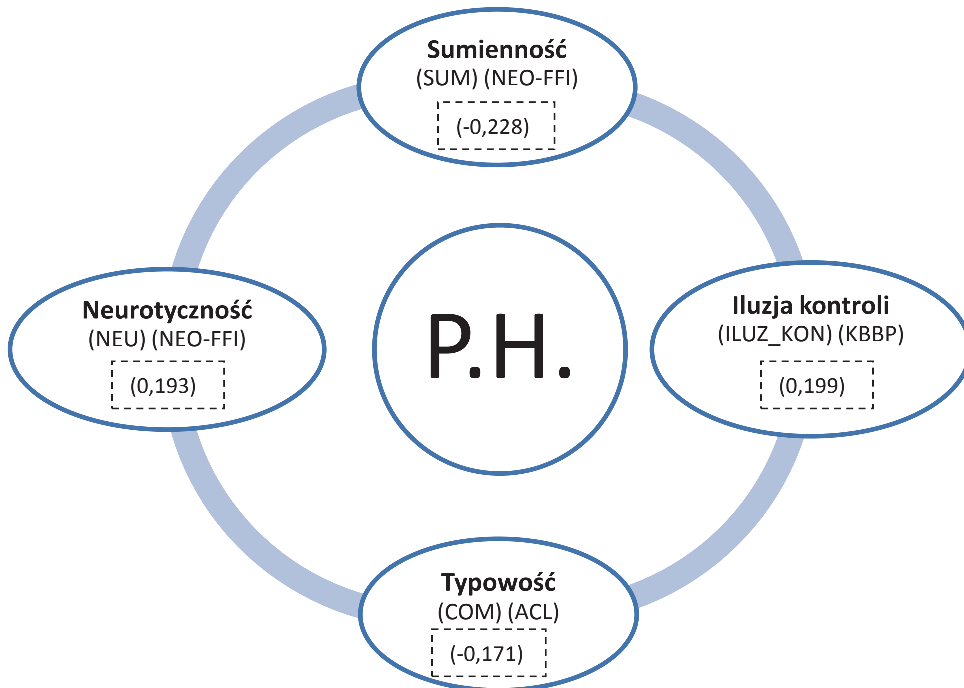
Wniosek 6.: Patologiczni hazardziści wykazują także określoną specyfikę w zakresie funkcjonowania poznawczego. Przede wszystkim częściej niż inni wierzą w swoją możliwość wpływania na wynik gry. Są przekonani o tym, że są w stanie wykorzystywać własne umiejętności, aby zwiększyć szansę na wygraną. W przypadku graczy na automatach wyraża się to m.in. w stosowaniu określonych technik uderzania w przyciski – z różną częstotliwością czy siłą, śledzeniem wyników konkretnego automatu przez dłuższy czas itp. Koncentrują oni

swoje wysiłki na poszukiwaniu najbardziej skutecznych w ich przekonaniu strategii grania, co jest sprzeczne z racjonalnym myśleniem (wynikiem gry hazardowej rządzi los).

Wniosek 7.: Charakterystyka modelu wyjaśniającego uzależnienie od gry hazardowej. Model wyjaśniający uzależnienie od gry na automatach losowych opiera się na czterech zmiennych psychologicznych: neurotyczności, sumienności, iluzji kontroli i typowości. W modelu znalazły się czynniki należące zarówno do cech osobowości ujętych w Teorii Wielkiej Piątki, zmiennych psychologicznych mierzonych w *Teście Przymiotnikowym* ACL, jak i zmiennych poznawczych (błędów dotyczących myślenia o graniu hazardowym).

Zaprezentowany poniżej schemat stanowi graficzne zobrazowanie wykrytych prawidłowości.

Schemat 1. Zmienne wyjaśniające patologiczny hazard (P.H.) (źródło: niepublikowana praca doktorska B. Lelonek „Psychospołeczne korelaty uzależnienia od gier hazardowych. Badania empiryczne mężczyzn grających na automatach losowych". Lublin: KUL 2008).



Wyłonienie czterech zmiennych w modelu oznacza, że znajomość wyników danej osoby pozwala na przewidzenie rozwoju patologicznego hazardu z 24,1% prawdopodobieństwem. Uzyskane wyniki wskazują, że prawdopodobieństwo rozwoju uzależnienia od hazardu jest większe u osoby grającej, która osiąga wyniki:

- wysokie w zakresie neurotyczności,
- niskie w zakresie sumienności,
- wysokie w zakresie iluzji kontroli,
- niskie w zakresie typowości.

Osoba osiągająca wymieniony powyżej poziom wyników charakteryzuje się określoną specyfiką funkcjonowania. Można ją scharakteryzować jako pobudliwą, impulsywną, skłonną do kłótliwości i przyjmowania postawy obronnej (NEU). Poza tym, doświadcza ona trudności w przystosowaniu się do wymogów codziennego życia oraz ma tendencję do zamartwiania się. Nie jest konsekwentna w podejmowanych działaniach, brakuje jej wytrwałości i stałości w zaangażowaniu (SUM). Dodatkowo osoba taka ma przekonanie o możliwości własnego wpływu na wynik gry hazardowej, co daje jej poczucie sprawczości i wiarę we własne kompetencje w hazardzie (ILUZ_KON). Taka konfiguracja czynników osobowościowych predysponuje do rozwoju uzależnienia od grania hazardowego.

Wniosek 8.: Przedstawiony model nie oznacza jednak, że każdy gracz z wymienionymi powyżej cechami osobowymi musi stać się patologicznym hazardzistą. Wskazuje na to przede wszystkim poziom wyjaśniania tego zaburzenia na podstawie zaprezentowanych czynników. Wynosi on 24,1%, co oznacza, że przewidywanie będzie trafione tylko w przypadku jednaj czwartej osób charakteryzujących się takimi cechami.

Wniosek 9.: Należy również podkreślić, że wszelkie zaburzenia rozwijają się na podłożu różnego rodzaju zmiennych pozostających ze sobą w złożonych interakcjach. Musi zatem zaistnieć dodatkowo określony kontekst zewnętrzny a także inne czynniki, które w połączeniu z cechami osobowymi mogą przyczynić się do rozwoju uzależnienia. Osoba posiadająca cechy wskazywane w modelu, podejmując granie, nie musi rozwinąć patologicznego grania. Warto jednak mieć na uwadze, że posiadane przez nią cechy sprzyjają powstawaniu tego zaburzenia.

- Podwyższona neurotyczność wiąże się z dużą pobudliwością procesów nerwowych, impulsywnością, zbyt silnym, nieadekwatnym reagowaniem na bodźce, nadwrażliwością.

Osoba z takimi właściwościami może odnaleźć drogę odreagowania nagromadzonych napięć właśnie w graniu, co może zapoczątkować problem uzależnienia od hazardu.

- Obniżona sumienność może predysponować do grania hazardowego, m.in. w związku z obniżonym poczuciem obowiązku, brakiem wytrwałości i konsekwencji w wykonywaniu codziennych obowiązków.
- Związane z powyższymi cechami przekonanie o własnej możliwości wpływania na wynik hazardu (iluzja kontroli) może dodatkowo nasilać skłonność do podejmowania hazardu, m.in. poprzez silne przekonanie o „umiejętności" wygrywania.
- Lęk przed konfrontowaniem się z wyzwaniami życia nasila tendencję do budowania iluzyjnej wizji własnego życia i ucieczki od niego w świat hazardu (COM).

Wymienione powyżej zmienne w interakcji ze sobą – mogą istotnie przekładać się na nadmierne oddawanie się graniu hazardowemu a w konsekwencji – do rozwoju uzależnienia od niego.

5. Możliwości wykorzystania uzyskanych wyników badań

Efektem końcowym przedstawionego projektu badawczego było poznanie psychologicznych i społecznych wyznaczników funkcjonowania patologicznego gracza hazardowego. Określenie profilu patologicznego hazardzisty posiada implikacje dla praktyki terapeutycznej oraz profilaktycznej.

1. Znajomość czynników predysponujących do rozwoju uzależnienia od hazardu pozwala na opracowywanie strategii profilaktycznych ukierunkowanych na te właśnie czynniki.
2. Dokładna znajomość specyfiki funkcjonowania patologicznych graczy jest niezbędna do tego, aby skutecznie pomagać osobom cierpiącym na to zaburzenie.
3. Specjaliści zwracają również uwagę na to, że forma interwencji terapeutycznej wobec patologicznego gracza powinna być uzależniona od jego specyfiki, w tym m.in. od tzw. ścieżki rozwoju tego zaburzenia, na co zwraca uwagę Blaszczynski w swojej typologii graczy (Blaszczynski, Nower, 2002).
4. Wyniki przeprowadzonych badań potwierdzają konieczność całościowego ujmowania zjawiska uzależnienia od hazardu (podobnie jak innych uzależnień). Zbieżność wyników z danymi ze świata wskazuje na ponadkulturową uniwersalność pewnych mechanizmów rozwoju patologicznego grania, co pozwala przypuszczać, że podejścia terapeutyczne wypracowywane na świecie będą skuteczne także w Polsce.

Bibliografia:

Allard D., Audet Ch., St-Laurent D., Chevalier S. (2003). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique*. Raport 6 - Monitorage évaluatif – Entrevues initiales auprès des décideurs et des coordonnateurs. Montréal: INSPQ.

Bernhard Bo J., Preston F.W. (2007). Introduction Sociologies of Problem Gambling. *American Behavioral Scientist* 51 (3), 3-7.

Blaszczynski A., Nower L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 97 (5), 487-499.

Brooner R.K., Schmidt C.W., Herbst J.H. (1994). Personality trait characteristics of opioid abusers with and without comorbid personality disorders. In: *Personality disorders and the Five-Factor Model of personality*. P.T. Costa, Jr., T.A. Widiger. Washington: American Psychological Association, 131-148.

Chevalier S., Hamel D., Ladouceur R., Jacques Ch., Allard D., Sévigny S. (2004). *Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002*. Montréal et Québec: INSPQ et l'Université Laval.

Chevalier S., Allard D. (2001). *Jeu pathologique et joueurs problématiques*. *Le jeu à Montréal*. Québec: Institut National de Santé Publique au Québec.

Cieślak A. (2003). Behawioralna ekonomia finansowa. Modyfikacja paradygmatów funkcjonujących w nowoczesnej teorii finansów. *Materiały i studia*, Zeszyt 165. Warszawa: Narodowy Bank Polski, Departament Komunikacji Społecznej.

Custer R. (1985). *When luck runs out: Help for compulsive gamblers and their families*. New York: Facts on File.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition, American Psychiatric Association 2013.

Dupouy R., Chatagnon P. (1929). Le joueur. Esquisse psychologique. *Annales Médico -Psychologiques* 12 (II), 102-112.

Dzik B. (2004). Hazard. W: *Psychologia ekonomiczna*. T. Tyszka (red.). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Freud S. (1928). Dostojewski und die Vatertötung. W: *Die Urgestalt der Brüder Karamasoff*. München: Hrsg. von René Fülöp-Millerund Fritz Eckstein.

Giroux, I., Ladouceur, R., Nouwen, A., Jacques, C. (2000). Modification des perceptions erronées relativement aux jeux de hasard et d'argent. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 10, 53-62.

Griffiths M.D. (1995). Technological addictions. *Clinical Psychology Forum* 76, 14-19.

Jacobs D.F. (2000). Juvenile gambling in North America: an analysis of long term trends and future prospects. *Journal of Gambling Studies* 16 (2/3), 119-152.

Hans C. Breiter, Aharon I., Kahneman D., Dale A., Shizgal P. (2001) Functional Imaging of Neural Reponses to Expectancy and Experience of Monetary Gains and Losses. *Neuron* 30, 619-639.

Joukhador J., Blaszczynski A., Maccalum F. (2004). Supersitious beliefs in gambling among problem and non-problem gamblers preliminary data. *Journal of Gambling Studies* 20(2), 171-180.

Ladouceur R., Sylvain C., Sévigny S., Poirier L., i in. (2004). Caractéristiques des joueurs excessifs selon le mode de traitement. Québec: Université Laval.

Ladouceur R., Vitaro F., Arsenault L. (1998). *Consommation de psychotropes et jeux de hasard chez les jeunes: prévalence, coexistence et conséquences*. Gouvernement du Québec.

Ladouceur, R., Dubé, D. (1996). Erroneous perceptions in generating random sequences: Identification and strenght of a basic misconception in gambling behavior. *Journal of Applied Social Psychology* 26, 2157-2166.

Ladouceur R., Mayrand M., Dussault R., Letarte A., Tremblay J. (1984). Illusion of control: Effects of participation and involvement. *The Journal of Psychology* 117, 47-52

Lesterlin A. (2003). *Qui a inventé les jeux de hasard?* L'École Supérieure de Journalisme de Lille.

McCrae R.R., Costa P.T. (2005). Osob*owość człowieka dorosłego. Perspektywa teorii pięcioczynnikowej*. Kraków: Wydawnictwo WAM.

Minet S., Meijas S., Druine C., Somers W., Hoffmann E., Servais L., De Smet S., Delmarcelle C., Joris L., Patesson R., Steinberg P. (2004). *Du plaisir du jeu à la souffrance. Une enquête sur le jeu et la dépendance au jeu*. Bruxelles: Université Libre de Bruxelles.

O'Sullivan S.S., Evans A.H., Lees AJ. (2009). Dopamine dysregulation syndrome: an overview of its epidemiology, mechanisms and management. *CNS drugs* 23 (2), 157-170.

Papineau É., Roy H., Boisvert Y. (2001). Le jeu pathologique, état de lieux et enjeux Ethique. Montréal: Laboratoire d'Éthique Publique.

Potenza M.N. (2008). The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London* 363(1507), 3181-9318.

Siek S. (1993). *Wybrane metody badania osobowości*. Warszawa: Wydawnictwa Akademii Teologii Katolickiej.

Suissa A.J. (2001). Pourquoi l'État est co-responsable de la production des joueurs compulsifs. *L'Intervenant* 18 (1), 4-7.

Ustawa z dnia 29 lipca 1992 r. o grach losowych i zakładach wzajemnych. (tekst ujednolicony, opracowany na podstawie: Dz. U. z 1998 r., Nr 102, poz. 650, Nr 145, poz. 946, Nr 155, poz. 1014 i Nr 160, poz. 1061, z 2000 r. Nr 9, poz. 117, Nr 70, poz. 816 i Nr 116, poz. 1216, z 2001 r. Nr 84, poz. 908, z 2002 Nr 25, poz. 253 oraz z 2003 r. Nr 84, poz. 774 i Nr 137, poz. 1302).

Valleur M., Bucher C. (1999). *Le jeu pathologique*. Paris: Presses Universitaires de France.

Zielonka P. (2003). Czym są finanse behawioralne, czyli krótkie wprowadzenie do psychologii rynków finansowych. *Materiały i studia*, Zeszyt 158. Warszawa: NBP.

Bernadeta Lelonek-Kuleta

Joanna Chwaszcz

Świadczenie pomocy terapeutycznej dla patologicznych hazardzistów i ich rodzin w Polsce – wyniki badań ogólnopolskich[1]

Abstract

Therapeutic help for pathological gamblers and their families in Poland – the results of a nationwide research

The study aimed to diagnose the institutional and personal resources in support of pathological gamblers and their families in Poland and gather the information on the effective ways of supporting people addicted to gaming and their families. In the study, 101 units have declared the provision of assistance to gamblers and their relatives. 89 units have the individual therapy, and 68 – a group therapy for pathological gamblers. In addition, 86 centers offers counseling, 84 – educational activities, and 27 – preventive activities for pathological gamblers. Regarding the assistance for families of players, 64 units provide individual therapy, and 43 – groups for families. Moreover, 79 centers provide counseling services, 67 – educational activities, and 15 – preventive actions addressing families of pathological gamblers.

Therapy for gamblers and their close ones is often based on treatment programs for people addicted to alcohol and co-addicted, but increasingly in the treatment of addiction to gambling, the cognitive-behavioral and motivational approach is also used, which corresponds to the global trends. In Poland, the most common pathological players are included with therapeutic groups for drug addicts, and their families benefit from programs for people co-addicted. A few institutions lead gamblers therapy in groups of gamblers alone. The therapists draw attention to the need of supporting families with pathological gambling, which include, among others, broadening assistance for legal and financial advice. Currently, only a single facility runs this kind of support.

1. Uzasadnienie badań dotyczących pomocy terapeutycznej dla patologicznych hazardzistów i ich rodzin

Patologiczny hazard jest zaburzeniem zachowania charakteryzującym się zaabsorbowaniem i utratą kontroli nad graniem hazardowym podejmowanym przez człowieka, pomimo doświadczania jego negatywnych konsekwencji w życiu. Od roku 1980 patologiczny hazard zaliczony został do kategorii zaburzeń kontroli impulsów w klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego *Diagnostic and*

[1] Badania nt. „Przeprowadzenie badania mającego na celu zdiagnozowanie zasobów instytucjonalnych i osobowych z zakresu profilaktyki i udzielania pomocy w zakresie uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego / patologicznego w Polsce", zrealizowane w 2011 roku ramach projektu współfinansowanego z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, główni wykonawcy: dr Joanna Chwaszcz (koordynacja merytoryczna), dr Bernadeta Lelonek-Kuleta (koordynacja badań).

Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III). W najnowszej edycji DSM z 2013 roku hazard patologiczny został włączony do kategorii *Substance-Related and Addictive Disorders*, podkategorii *Non-Substance-Related Disorders*, jako *Gambling Disorder* (DSM-V, 2013, s. 585). W ten sposób jako jedyne z tzw. uzależnień behawioralnych został włączony do grupy uzależnień i wyodrębniony jako odrębna jednostka chorobowa. Najnowsze kryteria patologicznego hazardu pochodzą właśnie 2013 roku i zawarte zostały w piątej edycji Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych APA – DSM-V. Opracowanie kryteriów diagnostycznych omawianego zaburzenia jest zasługą obserwacji klinicystów spotykających w swojej praktyce lekarskiej osoby doświadczające „uzależnienia” od grania hazardowego.

Wśród najbardziej zasłużonych warto wymienić Roberta Custera (opisał etapy rozwoju patologicznego hazardu), Richarda Rosentala i Henry'ego Lesieura (wnieśli duży wkład empiryczny w opracowanie kryteriów patologicznego hazardu w DSM-IV) (za: Bernhard, 2007).

Badania nad patologicznym hazardem prowadzone są od kilku dziesiątek lat i przyczyniają się do coraz lepszego poznania zjawiska[2]. Sam problem natomiast istnieje od kilkuset lat, a wzmianki o tzw. „szaleństwie grania” znaleźć można już w dziełach z XVI wieku (Caillois, 1997).

Wyniki badań mających na celu oszacowanie nasilenia patologicznego hazardu odnoszą się najczęściej do populacji ogólnej, w której przeciętnie 1-2% stanowią osoby uzależnione od grania hazardowego (Chevalier i in., 2002; Shaffer, Korn, 2002; Rönnberg i in., 1999; Becona, 1996). Badania z 2007 roku prowadzone w Wielkiej Brytanii wykazały, że odsetek patologicznych graczy w populacji ogólnej wynosił 0,6%, w populacji graczy (osób uprawiających hazard minimum jeden raz w roku) – 0,9%, natomiast wśród graczy „intensywnych” (uprawiających hazard kilka razy w tygodniu) – 14,7% (Wardle i in., 2007).

Jeszcze kilka lat temu nie istniały dane dotyczące nasilenia problemu patologicznego grania w Polsce. Informacje dotyczące rozpowszechnienia tego zjawiska można było pośrednio czerpać z raportów Ministerstwa Finansów dotyczących dochodów z hazardu w kolejnych latach. Drugim pośrednim źródłem informacji mogli być terapeuci uzależnień, którzy w swojej praktyce odnotowywali pacjentów z zaburzoną kontrolą nad graniem hazardowym. Taka sytuacja nie powalała na podjęcie systematycznych działań ukierunkowanych na rozwiązywanie problemów związanych z patologicznym graniem. Od

[2] Jako przykład można wymienić badania nad hazardem prowadzone od początku lat osiemdziesiątych przez zespół naukowców z Kanady (Québec) kierowany przez profesora Roberta Ladouceura – pioniera poznawczo-behawioralnej terapii patologicznego hazardu (więcej informacji o działaniach zespołu znaleźć można na stronie: http://gambling.psy.ulaval.ca.

kilku lat zauważa się duży wzrost zainteresowania tym problemem, zarówno wśród naukowców, jak i praktyków, a także decydentów. Szczególny zwrot w podejściu do patologicznego hazardu i innych uzależnień behawioralnych obserwuje się od roku 2009, kiedy to ustanowiono Fundusz Rozwiązywania Problemów Hazardowych pozostający w dyspozycji Ministra Zdrowia (ujęty w ustawie z 19 listopada 2009 roku), dzięki któremu możliwe jest finansowanie wielu inicjatyw w zakresie przeciwdziałania problemom hazardowym i innym uzależnieniom behawioralnym[3]. Wśród nich znajdują się m.in. badania, z których można czerpać informacje dotyczące zjawiska patologicznego hazardu w Polsce. Dane CBOS z 2012 pokazują, iż w Polsce 3,7% dorosłych Polaków gra w sposób ryzykowny (ryzyko uzależnienia od hazardu), a 0,2% spośród nich przejawia symptomy patologicznego hazardu (Badora i in., 2012). Wnioski ze wszystkich badań oraz obserwacji są jednoznaczne – patologiczny hazard jest problemem coraz bardziej rozpowszechnionym w Polsce.

Dostrzeżenie wagi problemu uzależnienia od grania hazardowego w Polsce skłoniło do postawienia pytania: czy placówki zajmujące się leczeniem uzależnień w Polsce posiadają ofertę pomocową dla osób doświadczających problemu patologicznego hazardu i innych uzależnień behawioralnych oraz ich bliskich, a jeżeli tak, to jaką? Niniejszy artykuł prezentuje wyniki ogólnopolskich badań przeprowadzonych w 2011 roku, mających na celu dokonanie diagnozy zasobów instytucjonalnych i osobowych z zakresu profilaktyki i terapii uzależnień behawioralnych w Polsce.

2. Metodologia prowadzonych badań

Cel badań. Celem podjętych badań była analiza dostępnych w Polsce zasobów pomocowych z zakresu profilaktyki i terapii patologicznego hazardu. Założono, że realizacja badań pozwoli na uzyskanie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Ile placówek leczniczych w Polsce świadczy pomoc patologicznym hazardzistom i ich bliskim?
2. Jaki jest charakter oferowanej patologicznym hazardzistom i ich bliskim pomocy w placówkach leczniczych?
    - Jakie są dostępne formy pomocy patologicznym hazardzistom i ich rodzinom (np. terapia indywidualna, terapia grupowa, itd.)

[3] Szczegółowe informacje na temat Funduszu znaleźć można na stronie: http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=1768106.

- Czy placówka posiada wyodrębniony program terapii patologicznych hazardzistów oraz program terapii osób bliskich dla patologicznych hazardzistów?
- Czy placówka posiada wyodrębnione grupy terapeutyczne dla patologicznych graczy oraz dla ich bliskich?
- W oparciu o jakie podejścia terapeutyczne prowadzona jest terapia patologicznych hazardzistów oraz terapia ich rodzin?
- Jaka jest ocena skuteczności oferowanych form pomocy przez terapeutów?

3. Jakie trudności napotykają terapeuci w pracy z patologicznymi hazardzistami oraz z ich bliskimi?
4. Jakie są potrzeby terapeutów w odniesieniu do pracy z patologicznymi hazardzistami i ich bliskimi?

Sposób prowadzenia badań. Badania realizowane były w dwóch etapach[4]. Pierwszy z nich miał charakter ankietowy i polegał na rozesłaniu ankiety badawczej do placówek leczenia uzależnień (publicznych i prywatnych) deklarujących posiadanie w swojej ofercie pomocy dla osób z problemem uzależnień czynnościowych i ich rodzin[5].

W celu wyłonienia placówek do badań wykorzystano kilka metod. W pierwszej kolejności przeszukiwano zasoby internetowe poprzez wyszukiwanie haseł typu: „terapia hazard" itp., bądź też weryfikowano strony internetowe placówek uzależnień pod kątem informacji o takiej ofercie pomocowej. W sytuacjach niejednoznacznych potwierdzano informację telefonicznie. Drugą metodą była analiza baz danych Narodowego Funduszu Zdrowia pod kątem placówek posiadających w swoim kontrakcie usługi lecznicze dla pacjentów z zaburzeniami nawyków i popędów, w tym z patologicznym hazardem (F 63.0). Informacje o placówkach zajmujących się terapią uzależnień pozyskano także ze stron Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Rekomendowane przez te dwie agendy placówki poddano weryfikacji (telefonicznej, mailowej, poprzez analizę stron internetowych) pod kątem posiadanej oferty pomocowej dla patologicznych hazardzistów lub ich bliskich. Poszukiwania

[4] Obydwa etapy badania były finansowane z różnych źródeł. Pierwszy etap otrzymał w trybie konkursowym dofinansowanie z Funduszu Zapobiegania Problemom Hazardowym (FZPH), drugi natomiast był finansowany ze środków przyznanych autorce artykułu na badania prowadzone w ramach działalności statutowej w Instytucie Nauk o Rodzinie i Pracy Socjalnej Wydziału Teologii KUL (dotacja dla młodych naukowców).

[5] Na potrzeby artykułu skoncentrowano się wynikach dotyczących hazardu patologicznego. Świadczenia w zakresie pozostałych uzależnień czynnościowych posiada w swojej ofercie stosunkowo mała liczba placówek – z zadeklarowanych w sumie pięćdziesiąt w całej Polsce.

te pozwoliły na wyodrębnienie 801 placówek o charakterze SP ZOZ, NZOZ i prywatnych, które deklarowały świadczenie usług pomocowych patologicznym hazardzistom i ich rodzinom.

Równolegle do poszukiwania placówek mających wziąć udział w badaniu opracowywana była ankieta badawcza. Podstawą do jej stworzenia był przegląd literatury dotyczącej analizy oferty pomocowej dla graczy hazardowych w różnych krajach. Szczególnie cenny okazał się cykl raportów (wraz z załącznikami w postaci ankiet badawczych) z ewaluacji eksperymentalnego programu leczenia patologicznych hazardzistów, który był wdrażany w czterech regionach Kanady w latach 2001-2003 (Allard i in., 2006)[6]. Był to kompleksowy program leczenia, obejmujący m.in. telefon zaufania, całodobowe centrum interwencji kryzysowej i z możliwością interwencji w domu osoby lub w kasynie, sieć placówek leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego ze specjalistycznym programem leczenia hazardzistów, kampanie profilaktyczne skierowane do osób dorosłych, młodzieży oraz mniejszości etnicznych. W opracowaniu ankiety wykorzystano także raport ewaluacyjny z realizacji programu „Jeu me questione" (Ladouceur i in., 2011). Ten program z kolei wdrażany był w Kanadzie w roku 2008 i polegał na udostępnieniu graczom zagrożonym uzależnieniem i uzależnionym od hazardu możliwości krótkoterminowej terapii poznawczo-behawioralnej, w której gracze uczestniczyli bez terapeuty – wykorzystując jedynie podręcznik – przewodnik (144 strony, 5 etapów). Uczestniczenie w takiej terapii poprzedzały dwie rozmowy telefoniczne o charakterze motywującym. Raport zawiera część dotyczącą oceny programu przez terapeutów wraz z wykorzystaną w tym celu ankietą[7].

Ostateczna wersja ankiety pierwszego etapu badań polskich zawierała siedem części dotyczących: informacji o placówce (A), informacji ogólnych dotyczących oferty pomocowej (B), terapii indywidualnej (C), terapii grupowej (D), innych form wsparcia dla patologicznych hazardzistów (E), zapotrzebowania terapeutów w zakresie własnych kwalifikacji (F), pomocy bliskim/członkom rodzin osób uzależnionych (H)[8].

---

[6] Raporty zamieszczone są m.in. na stronie http://www.documents.com.co/-evaluation+programme+experimental+jeu+pathologique oraz na stronie Krajowego Instytutu Zdrowia Publicznego w Québec (INSPQ) www.inspr.qc.ca.

[7] Szczegółowy opis programu można znaleźć w raporcie Ladouceur, R., Fournier, P-M., Lafond, S., Giroux, I., Sévigny, S., Simoneau, H., Leclerc, M. (2010). Programme d'intervention bref et semi-autonome «JEu me questionne» pour les joueurs à risque et pathologiques. Québec: Université Laval, www.fqrsc.gouv.qc.ca.

[8] Szczegółowy raport z pierwszego etapu badań finansowanego z FZPH znajduje się na stronie: http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=1768880 (temat badawczy: Przeprowadzenie badania mającego na celu zdiagnozowanie zasobów instytucjonalnych i osobowych z zakresu profilaktyki i udzielania pomocy w zakresie uzależnień behawioralnych, w tym hazardu problemowego/patologicznego w Polsce).

Do wyłonionych placówek przesłano komplet materiałów zawierających: list intencyjny z prośbą o wypełnienie ankiety, informację o celu badania, źródle finansowania i wskazaniu możliwości wypełniania ankiety online, a także ankietę w wersji papierowej.

Drugi etap badań także oparty był na metodzie ankietowej. Miał on charakter pogłębiony, a celem było zdobycie bardziej szczegółowych informacji dotyczących oferty pomocowej dla patologicznych hazardzistów i ich rodzin. W drugim etapie wzięły udział placówki wyłonione w pierwszej części badań, których pracownicy w ankietach potwierdzili i opisali realizowane przez nich świadczenia pomocowe dla patologicznych hazardzistów i ich rodzin. Dodatkowo w badaniu wzięły udział placówki, które nie odesłały ankiety w pierwszym etapie badań, ale w których innymi drogami potwierdzono (telefonicznie lub na podstawie informacji od pacjentów i/lub terapeutów) świadczenie takich form pomocy. W sumie objęło ono 120 placówek zajmujących się leczeniem uzależnień, w tym – patologicznego hazardu.

W drugiej ankiecie (opracowanej na podstawie wyników pierwszego etapu badań) znalazły się pytania, których postawienie miało za cel uzupełnienie informacji uzyskanych wcześniej. Pytania te dotyczyły: szczegółowego opisu oferowanych form pomocy, oceny oferowanych form pomocy, trudności doświadczanych w pracy z patologicznymi hazardzistami i ich bliskimi, opinii na temat uwarunkowań zdrowienia rodziny, w której występuje problem patologicznego hazardu[9].

Do 120 wyłonionych placówek przesłano ankietę wraz z listem intencyjnym prezentującym cel badań i wyjaśniającym ich kontynuację, a także z informacją o możliwości wypełnienia ankiety online. Dodatkowo w dwóch placówkach deklarujących w ankiecie pierwszego etapu kompleksową pomoc dla patologicznych hazardzistów i ich rodzin, przeprowadzono pogłębiony wywiad.

3. Wyniki przeprowadzonych badań

Wyniki analiz przeprowadzonych w pierwszym badaniu. Na 801 ankiet wysłanych w pierwszym etapie badań, 101 placówek potwierdziło posiadanie w swojej ofercie różnych form pomocy dla patologicznych hazardzistów, w tej liczbie znalazło się 89 placówek świadczących pomoc dla ich bliskich.

[9] Temat badawczy drugiego etapu brzmiał: Uwarunkowania zdrowienia rodziny, w której występuje problem patologicznego hazardu. Analiza dostępnych w Polsce form pomocy specjalistycznej i nieformalnej.

Wśród zgłoszonych placówek 89 zadeklarowało prowadzenie terapii indywidualnej, a 68 – prowadzenie terapii grupowej patologicznych hazardzistów. Dodatkowo 86 placówek prowadzi poradnictwo, 84 – zajęcia edukacyjne, a 27 – działania profilaktyczne skierowane do patologicznych hazardzistów. Jeżeli chodzi o pomoc bliskim, 64 placówek prowadzi terapię indywidualną, a 43 – grupową dla tych osób. Dodatkowo 79 placówek świadczy usługi poradnictwa, 67 – zajęcia edukacyjne, a 15 działania profilaktyczne skierowane do osób bliskich patologicznych graczy.

Jeżeli chodzi o posiadanie wyodrębnionego programu terapii indywidualnej dla patologicznych graczy – potwierdza to 59 placówek, podczas gdy brak takiego programu zgłaszają 32 placówki (można zatem przypuszczać, że pracują one w oparciu o program wypracowany dla innych uzależnień, najczęściej zespołu uzależnienia od alkoholu)[10].

Program terapii grupowej dla hazardzistów posiadają 53 placówki, natomiast 37 zgłasza brak takiego programu. W przypadku pomocy dla bliskich program terapii indywidualnej dla nich posiada 40 placówek (46 deklaruje jego brak), natomiast 34 placówki zgłaszają posiadanie programu terapii grupowej dla bliskich (52 zgłaszają jego brak).

Struktura grupy terapeutycznej, do której włączani są pacjenci z patologicznym hazardem, prezentuje się następująco: tylko w siedmiu placówkach prowadzone są grupy złożone z samych patologicznych graczy, w kolejnych pięciu grupę tworzą pacjenci z różnymi uzależnieniami czynnościowymi, natomiast w pięćdziesięciu sześciu placówkach patologiczni gracze włączani są do grup terapeutycznych dla osób z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych.

Podczas analizy potrzeb wyrażanych przez terapeutów uzależnień w odniesieniu do prowadzenia terapii patologicznych graczy i ich bliskich najczęściej pojawiały się wskazania dotyczące potrzeby: szkoleń z zakresu terapii uzależnień czynnościowych (81 wskazań), staży krajowych (50 wskazań), staży zagranicznych (40 wskazań), literatury specjalistycznej z zakresu uzależnień czynnościowych (71 wskazań), superwizji pracy z osobami uzależnionymi od czynności (64 wskazań), filmów szkoleniowych (58 wskazań), metod diagnostycznych (65), metod ewaluacyjnych (47).

Wyniki drugiego badania. W drugim, pogłębionym etapie badań, na wysłanych 120 kompletów materiałów z ankietą, odpowiedziały 24 placówki. Warto zwrócić uwagę na fakt, że cztery placówki spośród wyłonionych w pierwszym etapie (deklarujących posiadanie

[10] Wyniki nie sumują się do 100%, co wynika z braków w odpowiedziach.

oferty pomocowej dla patologicznych hazardzistów lub ich rodzin) odesłały list z informacją o tym, że nie posiadają w swojej ofercie takich usług, w związku z czym nie kwalifikują się do udziału w badaniu.

Wyniki ankiet pozwoliły szczegółowo poznać formy pomocy oferowane patologicznym hazardzistom i ich bliskim. Jeżeli chodzi o terapię indywidualną dla patologicznych graczy, placówki zgłaszają najczęściej posiadanie programu autorskiego, opracowanego w oparciu o następujące podejścia i metody: program dla osób uzależnionych od alkoholu (lub jego uzupełniona modyfikacja), terapia poznawczo-behawioralna, podejście motywacyjne, Osobisty Plan Terapii (OPT), program dla osób uzależnionych od narkotyków (w MONAR), program Trimeridian[11], terapia psychodynamiczna. Terapia grupowa oparta jest najczęściej na programie terapii uzależnienia od alkoholu, poza tym wykorzystywane są metody i podejścia stosowane w terapii indywidualnej uzupełnione o treningi umiejętności.

W opinii terapeutów różnorodne formy pracy z patologicznymi hazardzistami są efektywne i potrzebne. Jako skuteczne wymieniają oni: terapię indywidualną (uzasadnienie: „Nawiązanie relacji, empatyczne rozumienie pacjenta, akceptacja pacjenta, omawianie problemów trudnych, których pacjent nie chce poruszać w grupie, praca z OPT, indywidualne podejście do pacjenta), terapię grupową (uzasadnienie: „Możliwość identyfikacji z osobami o podobnych problemach, wsparcie i motywacja do zmian, informacje zwrotne"), psychoedukację (uzasadnienie: „Psychoedukacja umożliwia kontakt z własnymi deficytami rozwojowymi i poznawczymi, uczy radzenia sobie z chorobą"), poradnictwo (uzasadnienie: „Oddzielenie kwestii prawnych, finansowych i socjalnych od kontaktu terapeutycznego"), terapię rodzinną (uzasadnienie: „Odbudowa relacji rodzinnych"), oddział dzienny (uzasadnienie: „Intensywna praca terapeutyczna – 5 razy w tygodniu, praca na bieżąco z pojawiającymi się objawami/problemami, nabyte umiejętności trenuje w życiu po zajęciach), codzienne wsparcie ze strony terapeuty i grupy").

Jako najważniejsze moduły w pracy terapeutycznej z patologicznymi graczami terapeuci wskazują następujące: praca nad motywacją do zmiany, praca nad zniekształceniami poznawczymi, praca nad emocjonalnym podłożem patologicznego hazardu, praca nad finansami, praca nad „głodem" hazardu, praca nad zapobieganiem nawrotom.

Kolejną poruszaną kwestią było oferowanie doradztwa prawnego, socjalnego oraz finansowego w badanych placówkach. Zebrane dane pozwalają stwierdzić, że na dwadzieścia cztery placówki siedem posiada w swojej ofercie doradztwo prawne, trzy – doradztwo

[11] Program opracowany i wykorzystywany w Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) opisany wraz z materiałami w języku polskim na stronie: www.problemgambling.ca.

finansowe, a siedem – doradztwo socjalne. Trzy powyższe formy wsparcia, a zwłaszcza doradztwo prawne i finansowe, oceniane są przez terapeutów jako bardzo znaczące w terapii patologicznych hazardzistów (por. Ladouceur, 2000). Przydatność doradztwa prawnego oceniona została w badaniu przez terapeutów średnio na 85% (w skali 0-100%), finansowego – 77%, a socjalnego – 48%.

Terapeuci wskazywali także na trudności, których w swoim odczuciu doświadczają w pracy z patologicznymi hazardzistami. Jako utrudnienia w pracy z tymi pacjentami najczęściej wymieniane były: niewystarczające przygotowanie pracownika socjalnego (lub brak takiego pracownika), brak doradztwa finansowego i prawnego w placówce, niewystarczające kwalifikacje kadry, brak szkoleń specjalistycznych z zakresu terapii uzależnień czynnościowych, mała liczba pacjentów – trudność w organizowaniu jednolitych grup terapeutycznych, ograniczona oferta pomocowa dostępna w placówce, brak dostępnych programów terapeutycznych dostosowanych do tej grupy pacjentów, ograniczone środki finansowania terapii patologicznych hazardzistów.

Podstawowa trudność po stronie pacjentów polega według terapeutów na bardzo częstym przerywaniu terapii przez hazardzistów. Wśród przyczyn tego zjawiska terapeuci wymieniają: zewnętrzną motywację do zmiany, brak umiejętności wglądu we własne problemy, brak wsparcia ze strony bliskich osób, silną koncentrację na problemach finansowych i nadmierne zaangażowanie w pracę, poczucie „wyleczenia" na etapie osiągnięcia zdolności do czasowego utrzymywania abstynencji, brak alternatywnych zainteresowań i uczucie pustki po stracie (hazardu), niechęć/niezdolność do pracy długoterminowej, nieumiejętność odraczania gratyfikacji (odroczonego zysku), nastawienie na szybki efekt, brak nadziei na zmianę, problemy depresyjne.

W celu podniesienia skuteczności pomocy oferowanej patologicznym hazardzistom terapeuci sugerują uzupełnianie jej o: doradztwo finansowo-prawne i socjalne, regularne konsultacje psychiatryczne, wyodrębnione grupy terapeutyczne, specjalistyczne programy terapii, zjazdy „absolwentów", grupę zapobiegania nawrotom dla hazardzistów, wyodrębnienie poradni leczenia uzależnień czynnościowych.

Wśród dostępnych form pomocy dla osób bliskich patologicznych hazardzistów w badanych placówkach wymienione zostały następujące: terapia indywidualna, terapia grupowa, psychoedukacja, poradnictwo, grupa wsparcia, sesje rodzinne, terapia rodzinna, treningi rozwojowe. Wykorzystywane są autorskie opracowania programów terapii lub programy wykorzystywane w pracy z bliskimi osób uzależnionych od alkoholu.

Jako najskuteczniejsze w pracy z osobami bliskimi hazardzistów wymieniane były następujące formy: terapia grupowa (uzasadnienie: „Więź z grupą i doświadczenia innych działają motywująco na podejmowanie zmian w życiu, otwieranie się z własnymi problemami"), terapia indywidualna (uzasadnienie: „Wsparcie emocjonalne, rozwój samoświadomości i zdolności do racjonalnych działań, uwolnienie od współuzależnienia"), psychoedukacja (uzasadnienie: „Poznanie choroby osoby bliskiej, zrozumienie zachowań partnera").

Osobom bliskim dla patologicznych hazardzistów oferowane jest doradztwo finansowo-prawne oraz socjalne w takim samym zakresie jak uzależnionym graczom. Przydatność tego rodzaju wsparcia dla bliskich terapeuci oceniają następująco: prawne – 85%, finansowe – 71%, socjalne – 54%.

W pracy z osobami bliskimi dla patologicznych graczy terapeuci doświadczają następujących trudności: brak poradnictwa prawnego, finansowego i socjalnego w placówce, brak dostatecznych kwalifikacji kadry dotyczących patologicznego hazardu, brak wyodrębnionych grup terapeutycznych dla bliskich hazardzistów, silny wstyd, niska motywacja do pracy nad sobą – delegowanie do terapii uzależnionego partnera, przerywanie terapii w sytuacji względnej stabilizacji sytuacji finansowej, poczucie bezsilności wobec uzależnienia bliskiej osoby.

Według terapeutów, w celu udoskonalenia oferty pomocowej dla bliskich należałoby ją uzupełnić o: pomoc prawną, finansową i socjalną na miejscu, świetlicę dla dzieci na terenie placówki, programy terapeutyczne dla bliskich hazardzistów, wyodrębnione grupy terapeutyczne dla bliskich hazardzistów, współpracę z MOPS, GOPS, OPR, ofertę pomocy dla dzieci hazardzistów, stworzenie poradni leczenia uzależnień czynnościowych.

Ostatnie pytanie ankiety miało charakter podsumowujący i dotyczyło wskazania przez terapeutów czynników przyczyniających się w ich opinii do zdrowienia rodziny, w której występuje problem patologicznego hazardu. W wypowiedziach terapeutów pojawiły się następujące czynniki:

- dostępność pomocy terapeutycznej dla uzależnionej osoby,
- zróżnicowana oferta pomocowa dla patologicznych hazardzistów,
- systematyczna praca terapeutyczna uzależnionej osoby,
- nabywanie umiejętności radzenia sobie z trudnościami w obszarze relacyjnym i emocjonalnym,
- możliwość czerpania doświadczeń od uzależnionego hazardzisty utrzymującego abstynencję od grania,

- posiadanie przez hazardzistę wsparcia w dalszej rodzinie lub środowisku społecznym
- pozytywny stosunek do korzystania z terapii zarówno hazardzisty, jak i pozostałych członków rodziny, a także takie postawy w otoczeniu gracza i jego rodziny,
- równoległa praca terapeutyczna z całą rodziną (ze wszystkimi jej członkami), terapia rodzinna, sesje terapeutyczne dla par,
- zróżnicowana oferta pomocowa skierowana do osób bliskich dla patologicznych hazardzistów,
- zadbanie o własne potrzeby przez członków rodziny patologicznego hazardzisty (terapia własna),
- systematyczna praca terapeutyczna członków rodziny patologicznych hazardzistów,
- wiedza rodziny na temat funkcjonowania hazardzisty, rozumienie problemu uzależnienia,
- praca terapeutyczna nad poczuciem własnej wartości członków rodziny patologicznego gracza,
- udział członków rodziny w grupie wsparcia,
- dostępność grup samopomocowych dla członków rodziny,
- dostępność dla rodziny pomocy specjalistów z zakresu prawa i finansów – wiedza prawna, zabezpieczenie siebie, znajomość własnych praw przez współmałżonka,
- niezależność finansowa członków rodziny patologicznego hazardzisty,
- umiejętność i gotowość członków rodziny do systematycznego poszukiwania pomocy (np. w MOPS, OPR, PZU),
- współpraca terapeutów uzależnień z różnymi instytucjami,
- szeroko zakrojona społeczna kampania psychoedukacyjna na temat zagrożeń płynących z grania hazardowego.

4. Wnioski wynikające z przeprowadzonych badań

Wniosek 1.: Badania miały na celu dokonanie diagnozy zasobów instytucjonalnych i osobowych w zakresie wsparcia patologicznych hazardzistów i ich bliskich. Otrzymane wyniki dostarczyły podstaw do oceny ilościowej i jakościowej tych zasobów. Ofertę pomocową dla wymienionych osób potwierdzono w sumie w 120 placówkach w całej Polsce. Nie jest to duża liczba, biorąc pod uwagę całkowitą liczbę instytucji zajmujących się leczeniem osób uzależnionych, która sięga tysięcy. Należy uwzględnić fakt dobrowolnego udziału w badaniach – jest pewne, że nie wszystkie placówki świadczące omawiane usługi

wzięły w nich udział, najprawdopodobniej też nie do wszystkich udało się dotrzeć z zaproszeniem. Ostateczna liczba zgłoszonych ankiet jest wynikiem kilkakrotnego monitowania zaproszonych placówek drogą telefoniczną i mailową. Analiza zgłoszeń może potwierdzać fakt niepełnej bazy danych, jaką otrzymano. Przykładowo – w województwie mazowieckim do badania zgłosiło się dziesięć placówek, w lubuskim dwie, a w zachodniopomorskim jedna. Doświadczenia autorek artykułu pokazują, że liczba placówek pracujących z patologicznymi hazardzistami w każdym z tych województw jest większa. Jeszcze niższy zwrot ankiet otrzymano w drugim etapie badań. Warto przypomnieć, że na tym etapie ankiety skierowano tylko do tych placówek, które zadeklarowały posiadanie omawianej oferty pomocowej. Zaskakuje fakt zaprzeczania tym informacjom w drugim etapie przez cztery placówki. Z wywiadów przeprowadzonych dodatkowo wynika, że terapeuci uzależnień często nie widzą sensu udziału w badaniach, a wypełnianie ankiet traktują jako konieczność (obawa przez złą oceną placówki w przypadku niewypełnienia ankiety). Skarżą się na brak czasu, inne/ważniejsze obowiązki lub na fakt, że nie lubią opisywać tego, co robią (Lelonek-Kuleta, 2012)[12]. Obserwacja pokazuje, że terapeuci współpracują znacznie chętniej w kontakcie indywidualnym – co miało miejsce w sytuacji przeprowadzania dwóch wywiadów jakościowych w wybranych placówkach.

Wniosek 2.: Wśród uczestniczących w badaniach placówek dominującą formę pomocy stanowi terapia indywidualna – zarówno w przypadku hazardzistów, jak i ich bliskich. Powszechną formą pomocy jest także poradnictwo i edukacja. Mniejsza oferta terapii grupowej może wynikać z faktu, iż cały czas patologiczni hazardziści stanowią mniejszą część pacjentów uzależnionych (dominuje uzależnienie od substancji psychoaktywnych).

W związku z tym terapeuci mają trudność ze zorganizowaniem jednorodnej grupy terapeutycznej. Poza tym wysoka „wypadalność" pacjentów uzależnionych od hazardu z terapii sprawia, że trudno jest zrealizować cały program terapii dla jednej, zamkniętej grupy pacjentów.

Wniosek 3.: Problem jest jeszcze bardziej nasilony w przypadku osób bliskich. Informacje uzyskane od terapeutów pokazują, że członkowie rodzin hazardzistów trafiają do

[12] Pewnego rodzaju rozdźwięk pomiędzy praktyką zawodową i naukową opisano w artykule B. Lelonek-Kulety „Badania naukowe a praktyka terapeutyczna. Odrębne ścieżki czy wspólna droga?" Terapia uzależnienia i współuzależnienia, 1/2012, s. 18-22.

specjalisty zazwyczaj w sytuacji kryzysowej, w której nie dają sobie rady. Doraźne zażegnanie problemu czy chwilowa poprawa nastroju jest dla nich bardzo często argumentem przemawiającym za przerwaniem terapii. Osoby bliskie zgłaszają się poza tym najczęściej po pomoc chcąc zmienić / wyleczyć uzależnionego partnera i nie widzą potrzeby pracy nad sobą. Wydaje się zatem, że istotnym elementem w pracy z bliskimi byłoby uświadamianie potrzeby pracy własnej oraz motywowanie do zmiany.

Wniosek 4.: W badaniach nie wyodrębniono pomocy stacjonarnej i ambulatoryjnej. W Polsce jednak najczęściej pomoc patologicznym hazardzistom i ich bliskich świadczona jest w systemie ambulatoryjnym. Sporadycznie gracze przyjmowani są na oddziały stacjonarne (dane z wywiadów). Wyniki badań zachodnich pokazują jednak, że mniejszy odsetek pacjentów przerywa terapię stacjonarną (9,9%) niż ambulatoryjną (53,7%) (Ladouceur i in., 2004). Być może warto byłoby położyć większy nacisk na poszerzanie oferty terapii stacjonarnej dla osób uzależnionych od hazardu.

Wniosek 5.: Warto podkreślić duże znaczenie świadczenia usług edukacyjnych przez większą część placówek, gdyż jak pokazują wyniki przeprowadzonych badań, brak wiedzy na temat problemu patologicznego hazardu jest jedną z przyczyn trudności doświadczanych w pracy z patologicznymi hazardzistami i ich bliskimi.

Wniosek 6.: Program terapii patologicznych hazardzistów posiada ponad połowa przebadanych placówek. W pozostałych terapia prowadzona jest w oparciu o program terapii osób uzależnionych od alkoholu. W tym miejscu warto zatrzymać się przy zagadnieniu znaczenia programu terapeutycznego dostosowanego do specyfiki problemu. Badania przeprowadzone w Kanadzie pozwalają poznać czynniki przyczyniające się do rezygnacji z terapii przez hazardzistów. Wśród czynników tych pacjenci wskazali m.in. następujące: brak uzyskania odpowiedzi na stawiane pytania, poczucie powtarzania się tych samych pytań, brak znajomości problematyki grania przez terapeutę, niewystarczający „rygor" ze strony programu (Chevalier i in., 2003). Jeszcze mniejsza liczba placówek posiada program terapeutyczny dla członków rodzin hazardzistów. Brak jest danych, które pokazywałaby jak ten brak przekłada się na motywację bliskich do uczestniczenia w terapii. Informacja w tym zakresie uzyskana w przeprowadzonym badaniu zwraca uwagę na potrzebę pogłębienia analiz dotyczących znaczenia dostosowywania programów terapeutycznych do specyfiki uzależnienia od hazardu. Intuicja każe przypuszczać jednak, że im bardziej dostosowany do

specyfiki problemu program, tym większe zaangażowanie pacjentów w terapię oraz większa jej skuteczność.

Wniosek 7.: Ważna informacja uzyskana dzięki badaniu dotyczy struktury grup terapeutycznych dla patologicznych graczy. Tylko siedem placówek zadeklarowało prowadzenie jednorodnych grup złożonych z samych graczy, co stanowi bardzo niski wynik. Terapeuci uzależnień potwierdzają w wywiadach wyższą skuteczność terapii w grupach jednorodnych. Także w ośrodkach zagranicznych terapia graczy prowadzona jest w grupach jednorodnych. Tworzenie grup jednorodnych dla patologicznych graczy powinno stawać się standardem w placówkach zajmujących się leczeniem uzależnień w Polsce.

Wniosek 8.: Terapeuci uzależnień mają świadomość i odczuwają potrzebę podnoszenia kwalifikacji w zakresie terapii uzależnień czynnościowych. Obszar ten w Polsce dopiero się rozwija, dzięki nowym funduszom coraz bardziej dynamicznie, co potwierdza bardzo duże zainteresowanie, z jakim spotykają się szkolenia z zakresu terapii uzależnień czynnościowych organizowane w różnych miastach Polski od 2012 roku[13].

W terapii pacjentów z patologicznym hazardem specjaliści opierają się na preferowanych i wykorzystywanych przez siebie w pracy terapeutycznej podejściach i metodach, stąd prowadzona jest ona zarówno z wykorzystaniem Dwunastu Kroków Anonimowych Hazardzistów, jak i logoterapii, terapii egzystencjalnej, psychodynamicznej, czy też podejścia Gestalt. Dominujące podejścia mają charakter terapii poznawczo-behawioralnej, motywacyjnej oraz programów terapii uzależnienia od alkoholu. Kierunek ten jest zgodny ze światowymi trendami w terapii uzależnień, według których preferowane jest podejście motywacyjne oraz poznawczo-behawioralne (najbardziej jak dotychczas zbadane pod kątem skuteczności w pracy z patologicznymi hazardzistami) (Ladouceur i in., 2011).

Wniosek 9.: Terapeuci mają świadomość potrzeby uzupełnienia oferty pomocowej o doradztwo prawne i finansowe (ponad trzy czwarte terapeutów wyraża to przekonanie) oraz poradnictwo socjalne (blisko połowa ankietowanych). W momencie przeprowadzania badań tylko pojedyncze placówki posiadały wymienione formy wsparcia w swojej ofercie. W terapii patologicznego hazardu na świecie powszechnie wprowadza się tego rodzaju usługi doradcze

---

[13] Jednym z pierwszych tego rodzaju szkoleń było *Training of Trainers,* zrealizowane ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych w 2012 roku, w których autorka tekstu uczestniczyła jako osoba prowadząca zajęcia. Od tego czasu kilka razy w roku ogłaszane są zaproszenia na szkolenia z zakresu uzależnień czynnościowych, współfinansowane z FRPH.

uznając je za jeden z ważniejszych elementów wsparcia (Ladouceur, Lachance, 2007; Zermatten i in., 2010; *Habitudes de jeu* [2012])[14].

Wniosek 10.: Oferta pomocowa dla osób bliskich hazardzistów jest zróżnicowana, jednak najczęściej polega na powielaniu tych samych działań, jakie podejmowane są wobec rodzin osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Dla specjalisty terapii uzależnień nie musi to stanowić trudności w pracy z tą grupą, ponieważ mechanizmy współuzależnienia są podobne w odniesieniu do wszystkich uzależnień. Potwierdza to rodzaj trudności w pracy z tymi osobami, na jakie wskazują terapeuci (niechęć do własnej terapii, próba zmieniania partnera, silny wstyd, poczucie bezsilności). Istnieje jednak pewna specyfika doświadczeń towarzyszących patologicznemu graczowi, których znajomość może mieć ważne znaczenia dla zdrowienia osoby bliskiej. Dynamikę przeżyć osoby bliskiej towarzyszącej graczowi opisuje Ladouceur (Ladouceur, 2006). Warto byłoby w związku z tym położyć większy nacisk na dostosowanie oferty pomocowej do rzeczywistych potrzeb członków rodzin pacjentów, poprzez podnoszenie kwalifikacji specjalistów.

Znaczenie dodatkowych form wsparcia dla bliskich (m.in. prawnego, finansowego, socjalnego) oceniane jest równie wysoko jak w odniesieniu do graczy. Specyfika problemów osób bliskich hazardzistom, na którą składa się wysokie zadłużenie, konieczność zabezpieczenia finansowego, współodpowiedzialność finansowa za część zobowiązań itd., sugeruje konieczność tego rodzaju wsparcia (Wojewódzka, Dąbrowska, 2011; Woronowicz, 2012)[15].

Wniosek 11.: Analiza wyników badań pokazuje z jednej strony duże zapotrzebowanie terapeutów na poszerzanie i doskonalenie oferty pomocowej dla patologicznych hazardzistów i ich bliskich, z drugiej jednak – utrudnienia, z jakimi spotykają się przy próbach realizacji tego celu. Najczęściej zwracają uwagę na ograniczenia finansowe i brak oferty szkoleniowej. Wydaje się jednak, że tego rodzaju trudności powinny odgrywać coraz mniejszą rolę z uwagi na to, iż na różne formy działań w zakresie przeciwdziałania uzależnieniom czynnościowym istnieją środki finansowe, które można pozyskiwać na drodze konkursowej z FRPH. Zgłaszane trudności są być może wyrazem nieznajomości tych źródeł, co sugerowałoby

[14] W placówkach leczenia uzależnień m.in. we Francji zatrudniany jest pracownik socjalny dysponujący szczegółową wiedzą w zakresie zadłużenia, form wsparcia itd. (informacja ze stażu odbytego we Francji).
[15] Sposoby zabezpieczenia finansowego rodziny można także znaleźć w prztłumaczonym na język polski poradniku dla rodzin wydanym przez Centre for Addiction and Mental Health (CAMH) http://www.camh.ca/en/hospital/health_information/Pages/information_in_other_languages.aspx.

potrzebę ich nagłaśniania. Z drugiej strony pozyskanie środków wymaga nakładów dodatkowej pracy i może ten właśnie czynnik jest podstawową trudnością w podnoszeniu jakości nowych usług.

Wniosek 12.: Warte podkreślenia są wysiłki wielu placówek wkładane w rozwijanie oferty pomocowej i podejmowanie nowych działań, które okazują się być zgodne z trendami światowymi (chodzi m.in. o metody pracy z patologicznymi hazardzistami). Zaangażowanie w te działania części specjalistów potwierdza fakt zgłaszania przez nich interesujących i trafnych propozycji doskonalenia form pomocy patologicznym hazardzistom i ich bliskim.

5. Możliwości wykorzystania wyników przeprowadzonych badań

Badania miały na celu diagnozę zasobów pomocowych w zakresie patologicznego hazardu, ale także zebranie informacji na temat skutecznych według terapeutów form pomocy uzależnionym graczom i ich bliskim. Ma to znaczenie o tyle, że może pomóc w rozwijaniu i dostosowywaniu form pomocy do specyfiki problemu, jakim jest patologiczny hazard. Pomogłoby to jednocześnie rozsądnie inwestować środki finansowe w działania, których skuteczność jest potwierdzona.

W badaniu udało się wyodrębnić 120 placówek, w których świadczona jest profesjonalna pomoc osobom uzależnionym od hazardu i ich bliskim. Potrzebę rozwijania działań pomocowych może potwierdzać fakt postulowania przez terapeutów tworzenia odrębnych poradni leczenia uzależnień behawioralnych, co świadczyłoby o rzeczywistym zapotrzebowaniu na tego typu usługi.

Świadczenia pomocowe w wielu przypadkach oparte są na programach terapii osób uzależnionych od alkoholu, co warto byłoby poddać modyfikacji w kierunku form bardziej dostosowanych do potrzeb innej grupy pacjentów. Tworzenie programów autorskich dla patologicznych hazardzistów mieści się jednak w trendach światowych – wykorzystuje się w nim bowiem podejście behawioralno-poznawcze oraz motywujące, co stanowi ich mocną stronę.

Istotnym zagadnieniem – uzyskanym w badaniach – jest wiedza na temat struktury grupy terapeutycznej dla uzależnionych graczy. W Polsce cały czas najczęściej włącza się hazardzistów do grup pacjentów z innymi uzależnieniami – najczęściej od substancji psychoaktywnych. Terapeuci zgłaszają problem niedoboru pacjentów do otworzenia wyodrębnionej patologicznych graczy. Fakt zapotrzebowania na pomoc ze strony

hazardzistów wydaje się zaprzeczać temu problemowi. Być może jednak jest tak, że możliwość uzyskania specjalistycznej pomocy w danej placówce nie jest wystarczająco nagłaśniana, stąd niedobór pacjentów uzależnionych od hazardu, którzy tak naprawdę potencjalnie istnieją.

Na podstawie uzyskanych w badaniach informacji można stwierdzić, że terapeuci mają podzielone zdania odnoszące się do skuteczności poszczególnych form pomocy. Pojawiają się zwolennicy różnych form wspierania patologicznych graczy, dominuje jednak pomoc indywidualna i grupowa, a także poradnictwo i edukacja. Brak programów terapeutycznych w wielu placówkach być może utrudnia dokonanie faktycznej oceny skuteczności różnych form wsparcia patologicznych hazardzistów i ich rodzin.

Uzyskane rezultaty informują także o tym, że w terapii patologicznych graczy i ich rodzin pojawiają się różnego charakteru trudności, które związane są m.in. ze specyfiką pacjenta-hazardzisty. Jedną z częściej występujących trudności jest przerywanie terapii wynikające m.in. z faktu konieczności spłacania długów i poczucia braku czasu na terapię ze strony pacjenta. W kontekście takich trudności doświadczanych przez pacjentów szczególnie ważne wydaje się powszechne wprowadzenie doradztwa finansowego i prawnego w zakres usług pomocowych świadczonych tej grupie. W przypadku rodzin źródłem trudności w podjęciu i kontynuowaniu terapii jest nierozumienie natury uzależnienia, jakim jest patologiczny hazard. Nadal w świadomości ludzi problem ten istnieje jako wada charakteru czy wyraz złej woli, a nie zaburzenie zdrowia psychicznego. Z tego też względu zachowania osoby uzależnionej składające się na obraz zaburzenia (okłamywanie, utrata kontroli nad graniem, itd.) traktowane są jako działania wymierzone przeciwko bliskiej osobie, co staje się przyczyną rozpadu związków i braku wsparcia dla pacjentów hazardowych. Ważne więc wydaje się tu prowadzenie szeroko zakrojonej kampanii edukacyjnej dotyczącej patologicznego hazardu. Terapeuci zwracają także uwagę na brak specjalistycznej pomocy skierowanej do dzieci hazardzistów. W tej kwestii także należałoby podjąć stosowne działania, które w Polsce jak dotąd nie zostały jeszcze podjęte.

Bibliografia:

Allard D., Papineau É. (2006). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique / Rapport synthèse*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.

Badora B., Gwiazda M., Herrmann M., Kalka J., Moskalewicz J. (2012). Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych. Warszawa: Centrum Badania Opinii Społecznej.

Becona E. (1996). Prevalence surveys and pathological gambling in Europe: The Cases of Germany, Holland and Spain. *Journal of Gambling Studies* nr 12, s. 179-192.

Bernhard B. (2007). The Voices of Vices: Sociological Perspectives on the Pathological Gambling Entry in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *American Behavioral Scientist* nr 51, s. 8-32.

Caillois R. (1997). *Gry i ludzie*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Volumen.

Chevalier S., Hamel D., Ladouceur R., Jacques Ch., Allard D., Sévigny S. (2004). *Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002*. Québec, Montréal: Institut national de santé publique du Québec et l'Université Laval.

Chevalier S., Geoffrion C., Audet C., Papineau É., Kimpton M-A. (2003). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Raport 8 - Le point de vue des usagers*. Montréal: Institut National de Santé Publique Québec INSPQ.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. DSM-V.Washington: American Psychiatric Association.

Habitudes de jeu. Manuel d'autoformation. Fondation Manitobaine Lutte Contre les Dépendances, dostęp 20.10.2012: http://www.rgrc.org.

Ladoucer R., Fournier P-M., Lafond S., Giroux I., Sévigny S., Simoneau H., Leclerc M., (2011). *Rapport de recherche Programme d'intervention bref et semi-autonome «JEu me questionne» pour les joueurs à risque et pathologiques*. Québec: Centre québécois pour la prévention et le traitement du jeu, École de psychologie, Université Laval.

Ladouceur R, Giroux I., Jacques C., Dufour J. (2011). Jeux de hasard et d'argent: Compréhension, prévention et traitement. *Revue francophone de la clinique comportementale et congnitive* nr 16, s. 16-29.

Ladouceur R., Lachance S. (2007). *Over coming pathological Gambling: The therapist guide*. New York: Oxford University Press.

Ladouceur R. (2006). *Y a-t-il un joueur dans vore entourage?* Montréal: Les Éditions de l'Homme.

Ladouceur R., Sylvain C., Sévigny S., Poirier L., Brisson L., Dias C., Dufour C., Pilote P. (2004). *Caractéristiques des joueurs excessifs selon le mode de traitement*. Québec: Université Laval.

Ladouceur R. (2000). *Le jeu excessif, comprendre et vaincre le gambling*. Montréal: Les Éditions de l'Homme.

Lelonek-Kuleta B. (2012). Badania naukowe a praktyka terapeutyczna. Odrębne ścieżki czy wspólna droga? *Terapia uzależnienia i współuzależnienia* nr 1, s. 18-22.

Rönnberg S., Volberg R., Abbott M., Moore L., Andrén A., Munck I. (1999). *Gambling and Problem Gambling in Sweden*. Report 2 of The National Institute of Public Health Series on Gambling. Stockholm: National Institute of Public Health.

Shaffer H.J., Korn D.A. (2002). Gambling and related mental disorders: a public health analysis. *Annual Review of Public Health* nr 23, s. 171-212.

Wardle H, Sproston K, Orford J, Erens B, Griffiths M. D., Constantine, R., Pigott, S., British gambling prevalence survey 2007, National Centre for Social Research 2007.

Wojewódzka B., Dąbrowska K. (2011). *Gra, zabawa czy nałogowe granie?* Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne PARPAMEDIA.

Woronowicz B. (2012). *Hazard. Historia, zagrożenia i drogi wyjścia*. Poznań: Media Rodzina.

Zermatten A., Osiek Ch., Jermann F., Khazaal Y, Bondolfi G. (2010). Programme Internet de traitement du jeu excessif. *Psychotropes* nr 1, s. 35-44.

Informacje o autorach

Jacek Buczny – doktor psychologii, pracownik naukowo-dydaktyczny Uniwersytetu SWPS. Prowadzi badania naukowe dotyczące samokontroli, w tym uzależnień behawioralnych. We współpracy z badaczami polskimi i niemieckimi opublikował wyniki badań dotyczących pracoholizmu oraz jest współautorem narzędzia służącego do pomiaru pracoholizmu jako uzależnienia od pracy (ang. *work craving*). Kierował grantami finansowanymi przez Narodowe Centrum Nauki, Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Autorstwo publikacji z zakresu uzależnień behawioralnych:

Buczny J. (2014). O pracoholizmie i entuzjazmie pracy. *Personel Plus* 7, 74–80.

Wojdylo, K., Baumann N., Buczny J., Owens G., Kuhl J. (2013). Work craving: A conceptualization and its measurement. *Basic and Applied Social Psychology* 35, 547–568.

Joanna Chwaszcz – doktor psychologii, adiunkt w Katedrze Psychoprofilaktyki Społecznej w Instytucie Psychologii KUL. Zainteresowania naukowe koncentrują się głównie na dwóch dziedzinach: profilaktyce rozumianej jako polepszanie standardów życia człowieka, stymulacji jego rozwoju i przeciwdziałanie zagrożeniom rozwojowym (m. in. uzależnieniom psychoaktywnym i czynnościowym) oraz na wykluczeniu społecznym i zawodowym osób o niskim potencjale adaptacyjnym. Kierownictwo projektów badawczych oraz badawczo-rozwojowych, m. in. z zakresu nowych form uzależnień. Autorstwo publikacji z zakresu uzależnień behawioralnych:

Chwaszcz J., Palacz-Chrisidis A. (red.) (2014). *Behavioral Addictions*. Lublin: Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii. http://www.ipip.info.pl/pl/monografie/10-behavioral-addictions.

Niewiadomska I., Augustynowicz W., Palacz-Chrisidis A., Bartczuk R., Wiechetek M., Chwaszcz J. (2014). *Bateria metod służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem*. Lublin: Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii.

Niewiadomska I., Chwaszcz J., Kołodziej B., Śpila B. (2005). *Seks*. W serii: *Uzależnienia: fakty i mity*. Lublin: Wyd. KUL, „*Gaudium*".

Chwaszcz J., Pietruszka M., Sikorski D. (2005). *Media*. W serii: *Uzależnienia: fakty i mity*. Lublin: Wyd. KUL, „*Gaudium*".

Jolanta Jarczyńska – doktor pedagogiki, socjoterapeuta, adiunkt w Katedrze Pedagogiki Opiekuńczej i Profilaktyki Społecznej w Instytucie Pedagogiki na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Ukończyła Podyplomowe Studium Socjoterapii i Profilaktyki Uzależnień oraz Szkołę Trenerów Psychologicznego Treningu Grupowego. Badacz – zainteresowania naukowe skupiają się wokół teorii i praktyki profilaktyki uzależnień, w tym uzależnień od substancji psychoaktywnych i behawioralnych, zwłaszcza hazardu i problematycznego używania Internetu przez

młodzież i młodych dorosłych. Realizator trzech zadań Ministra Zdrowia współfinansowanych z Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych realizowanych w latach 2012-2015. Autorstwo publikacji z zakresu uzależnień behawioralnych:

Redakcja naukowa monografii pt. *Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży. Teoria – diagnoza – profilaktyka – terapia*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego (2014).

Jarczyńska J. (2015). Co zagraża młodzieży, a co ją chroni przed problemowym uczestnictwem w grach losowych? *Wychowania na co Dzień* nr 5.

Jarczyńska J. (2015). Problematyczne używanie Internetu przez młodzież i młodych dorosłych - przegląd narzędzi do przesiewowej oceny tego zjawiska. *Przegląd Pedagogiczny* nr 1.

Jarczyńska J. (2012). Jak rozpoznać i zdiagnozować hazard problemowy u młodzieży? *Wychowanie na co Dzień* nr 9, s. 12-17.

Jarczyńska J. (2014). The Presentation of the SOGS-RA as a Screening Tool for the Identification of Problem Gambling among Schoolchildren. W: *Behavioral Addictions*. J. Chwaszcz, A. Palacz-Chrisidis (red.). Lublin: Natanaleum, s. 7-22.

Jarczyńska J. (2014). Przegląd narzędzi do pomiaru hazardu problemowego wśród młodzieży. W: *Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży: teoria, diagnoza, profilaktyka, terapia*. J. Jarczyńska (red.). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, s. 94-108.

Jarczyńska J., Orzechowska A. (2014). Siecioholizm i fonoholizm zagrożeniem współczesnej młodzieży. W: *Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży: teoria, diagnoza, profilaktyka, terapia*. J. Jarczyńska (red.). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, s. 121-146.

Jarczyńska J., Celebucka J. (2014). Hazard wśród młodzieży: rozpoznanie, profilaktyka i terapia. W: *Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży: teoria, diagnoza, profilaktyka, terapia*. J. Jarczyńska (red.). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, s. 72-93.

Bernadeta Lelonek-Kuleta – doktor psychologii, adiunkt w Katedrze Zdrowia Publicznego Instytutu Nauk o Rodzinie i Pracy Socjalnej KUL, Kierownik i realizator badań poświęconych uzależnieniom czynnościowym, wykładowca na licznych konferencjach krajowych i zagranicznych oraz podczas szkoleń dotyczących terapii i profilaktyki patologicznego hazardu. Wykonawca, recenzent, ekspert w projektach współfinasowanych z FRPH. Pracuje z osobami uzależnionymi od hazardu i ich bliskimi. Brała udział w stażach we Francji w placówkach zajmujących się terapią patologicznego hazardu. Autorstwo publikacji z zakresu uzależnień behawioralnych (m.in.):

Lelonek-Kuleta B. (2015). Uzależnienia behawioralne na tle współczesnej wiedzy o uzależnieniach. *Studia Społeczne* 12 (1), 97-103.

Lelonek-Kuleta B. (2015). Patologiczny hazard wśród osób starszych. *Świat Problemów* 9 (272).

Lelonek-Kuleta B. (2015). Rodzina wobec patologicznego hazardu. *Świat Problemów* 3 (266), 11-14.

Lelonek-Kuleta B. (2014). Uzależnienia behawioralne – podstawy teoretyczne. W: Jolanta Jarczyńska (red.), *Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży. Teoria – Diagnoza – Profilaktyka – Terapia*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, 15-29.

Lelonek-Kuleta B. (2013). Wiara w szczęśliwy los drogą do cierpienia? *Patologiczny hazard w podejściu poznawczym. Horyzonty Psychologii*, t. III, 107-124.

Lelonek-Kuleta B. (2012). *Psychospołeczne korelaty uzależnień od gier hazardowych.* Lublin: Wydawnictwo Naukowe KUL.

Lelonek-Kuleta B., Niewiadomska, I, Pietruszka M. (2005). *Hazard*. W serii: *Uzależnienia: fakty i mity*. Lublin: Wyd. KUL, „*Gaudium*”.

Jolanta Kalka – socjolog, badacz-analityk w CBOS, moderatorka FGI z hazardzistami leczącymi się oraz z hazardzistami aktywnymi. Współautorka raportów z badań:

Oszacowanie rozpowszechnienia oraz identyfikacja czynników ryzyka i czynników chroniących w odniesieniu do hazardu, w tym hazardu problemowego (patologicznego) oraz innych uzależnień behawioralnych (2012). http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=1768880

Oszacowanie rozpowszechnienia wybranych uzależnień behawioralnych oraz analiza korelacji pomiędzy występowaniem uzależnień behawioralnych a używaniem substancji psychoaktywnych (2014). http://www.kbpn.gov.pl/portal?id=1768880

Zofia Mielecka-Kubień – profesor dr hab., zatrudniona w Katedrze Ekonometrii Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach. Od wielu lat zajmuje się problematyką ilościowego badania problemów związanych z uzależnieniem od alkoholu, papierosów, narkotyków, a ostatnio także hazardu. W tym ostatnim temacie przedmiotem jej zainteresowania są problemy szacowania kosztów społecznych i indywidualnych uzależnienia od hazardu. Była promotorem dwóch grantów Ministra Zdrowia poświęconych tej problematyce, zatytułowanych:

Dokonanie przeglądu aktualnego stanu światowej wiedzy naukowej dotyczącej metod oceny wielkości skutków i kosztów uzależnień od hazardu problemowego i patologicznego.

Opracowanie narzędzi do oceny wielkości skutków i kosztów uzależnień od hazardu problemowego i patologicznego oraz ocena wielkości tych skutków i kosztów dla osób uzależnionych na podstawie badań ankietowych (koszty indywidualne).

Autorstwo publikacji z zakresu uzależnień behawioralnych:

Mielecka-Kubień Z. (2012). *Dokonanie przeglądu aktualnego stanu światowej wiedzy naukowej dotyczącej metod oceny wielkości skutków i kosztów uzależnień od hazardu problemowego i patologicznego*. Raport z badań.

Mielecka-Kubień Z. (2014). Szacowanie społecznych kosztów hazardu problemowego i patologicznego, *Serwis Informacyjny Narkomania* 3 (67).

Mielecka-Kubień Z. (2015). Indywidualne koszty hazardu problemowego i patologicznego, *Świat Problemów* 3, s.15-18.

Mielecka-Kubień Z., Biolik J., Warzecha K., Wójcik A. (2013). *Opracowanie narzędzi do oceny wielkości skutków i kosztów uzależnień od hazardu problemowego i patologicznego oraz ocena wielkości tych skutków i kosztów dla osób uzależnionych na podstawie badań ankietowych (koszty indywidualne),* Raport z badań.

Mielecka-Kubień Z., Biolik J., Warzecha K., Wójcik A. (2015). *Wybrane aspekty społeczno-ekonomicznych skutków uzależnienia od hazardu problemowego i patologicznego*, Zeszyty Naukowe UE w Krakowie 4, s. 85-99.

Ewa Międzobrodzka – psycholog, absolwentka Uniwersytetu SWPS, doktorantka na Vrije Universiteit w Amsterdamie. Prowadzi badania naukowe dotycząc wpływu grania w brutalne gry komputerowe na samokontrolę i procesy emocjonalne. Opublikowała prace z zakresu psychologii i neuropsychologii.

Iwona Niewiadomska – doktor habilitowany nauk społecznych w zakresie psychologii; profesor nadzwyczajny, magister prawa; kierownik Katedry Psychoprofilaktyki Społecznej w Instytucie Psychologii KUL (od 2008 r.); w latach 2004-2012 pełnomocnik Rektora KUL ds. profilaktyki i spraw związanych z bezpieczeństwem; kierownik specjalistycznego szkolenia certyfikowanego przez Ministra Zdrowia w zakresie terapii uzależnień; zainteresowania naukowe: poszukiwanie psychospołecznych czynników ryzyka patologii społecznych, psychoprofilaktyka patologii społecznych, kryminologia, wiktymologia, psychologia sądowa, prawo karne wykonawcze, psychologia penitencjarna, terapia uzależnień chemicznych i czynnościowych. Kierownik/realizator projektów badawczych z zakresu uzależnień chemicznych i czynnościowych oraz projektów innowacyjnych z zakresu przeciwdziałania wykluczeniom społecznym. Autorstwo publikacji z zakresu uzależnień behawioralnych:

Niewiadomska I., Augustynowicz W., Palacz-Chrisidis A., Bartczuk R., Wiechetek M., Chwaszcz J. (2014). *Bateria metod służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem*. Lublin: Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii.

Niewiadomska I. (2014). Meaning of Self-Help Groups in the Treatment of Behavioural Addiction. In: *Behavioral addictions*. J. Chwaszcz, A. Palacz-Chrisidis (red). Lublin: Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii, Stowarzyszenie NATANAELUM, 81-101.

Niewiadomska I., Chwaszcz J., Kołodziej B., Śpila B. (2005). *Seks*. W serii: *Uzależnienia: fakty i mity*. Lublin: Wyd. KUL, „*Gaudium*".

Niewiadomska I., Kulik A., Hajduk A. (2005). *Jedzenie*. W serii: *Uzależnienia: fakty i mity*. Lublin: Wyd. KUL, „*Gaudium*" 2005.

Niewiadomska I., Brzezińska M., Lelonek B. (2005). *Hazard*. W serii: *Uzależnienia: fakty i mity*. Lublin: Wyd. KUL, „*Gaudium*" 2005.

Niewiadomska I., Kalinowski M., Sikorski D. (2005). *Kulty publiczności*. W serii: *Uzależnienia: fakty i mity*. Lublin: Wyd. KUL, „*Gaudium*".

Krzysztof Ostaszewski – doktor nauk humanistycznych, adiunkt w Zakładzie Zdrowia Publicznego w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Kierownik Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M". Zajmuje się naukowo profilaktyką zachowań ryzykownych i problemów behawioralnych młodzieży. Redaktor naukowy wkładki do miesięcznika „Remedium" poświęconej uzależnieniom behawioralnym. Ekspert Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych i Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii. Stypendysta *Fogarty International Substance Abuse Research Training Program* na Uniwersytecie Michigan w USA. Autorstwo publikacji z zakresu uzależnień behawioralnych:

Ostaszewski K. (2013). Kierunki i strategie w profilaktyce problemów młodzieży, *Remedium* 3 (241), wkładka: 1-7.

Ostaszewski K, Bobrowski K, Borucka A, Okulicz-Kozaryn K, Pisarska A, Raduj J, Biechowska D. (2013). *Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Pisarska A., Ostaszewski K., Raduj J., Wójcik M. (2014). *Czynniki związane z hazardem, kompulsywnymi zakupami oraz nadużywaniem Internetu wśród młodzieży w wieku 12-19 lat. Raport z badań zrealizowanych w ramach programu Ministra Zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Ostaszewski K. Pisarska A. (2015). *Adolescent problematic Internet use: externalizing or internalizing behavior?* Poster presented at 6th International EUSPR Conference, Ljubljana, Slovenia, October 22-24, 2015.

Pisarska A., Ostaszewski K., (2015). *Substance and non-substance addictive behaviours among Warsaw students*, paper presented at 41th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society, Munich, June 1-5, 2015.

Agnieszka Palacz-Chrisidis – psycholog; specjalista terapii uzależnień; asystent w Katedrze Psychoprofilaktyki Społecznej w Instytucie Psychologii na Wydziale Nauk Społecznych KUL; doktorantka na Wydziale Nauk Społecznych KUL; zainteresowania naukowe: profilaktyka uzależnień chemicznych i czynnościowych. Autorstwo publikacji z zakresu uzależnień behawioralnych:

Niewiadomska I., Augustynowicz W., Palacz-Chrisidis A., Bartczuk R., Wiechetek M., Chwaszcz J. (2014). *Bateria metod służących do oceny ryzyka zaburzeń związanych z hazardem*. Lublin: Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii, Stowarzyszenie NATANAELUM.

Chwaszcz J., Palacz-Chrisidis A. (2014). *Behavioral addictions*. Lublin: Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii, Stowarzyszenie NATANAELUM.

Augustynowicz W., Palacz-Chrisidis A. (2014). Behavioral Addictions Publications – Brief Review. W: *Behavioral addictions*. Chwaszcz J., Palacz-Chrisidis A. (red.). Lublin: Instytut Psychoprofilaktyki i Psychoterapii, Stowarzyszenie NATANAELUM. s. 100-109.

Alicja Petrykowska – pracownik naukowy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi. Absolwentka studiów licencjackich z zakresu socjologii medycyny na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi oraz studiów magisterskich z zakresu socjologii ogólnej na Uniwersytecie Łódzkim. Uczestniczka projektów krajowych dotyczących dysfunkcyjnych zachowań w nowych mediach, między innymi: „Nowe media w promocji zdrowia pracujących" oraz „Analiza cyberbullyingu jako nowego problemu zdrowia zawodowego pedagogów", w którym celem było jakościowe oraz wstępne ilościowe rozpoznanie obciążeń zawodowych związanych z faktem stosowania przez uczniów działań o charakterze agresji elektronicznej.

Piotr Plichta – doktor pedagogiki (pedagog specjalny); adiunkt w Instytucie Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego i pracownik naukowy Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi. Autor i współautor kilkudziesięciu publikacji naukowych, w tym monografii: „Wypalenie zawodowe i poczucie sensu życia pedagogów specjalnych". Członek i kierownik zespołów badawczych krajowych oraz zagranicznych, w tym dotyczących nowych mediów i zachowań dysfunkcjonalnych młodzieży. Uczestnik międzynarodowych sieci naukowych (COST IS 0801 „Cyberbullying: coping with

negative and enhancing positive uses of new technologies, in relationships in educational settings i COST IS 1210 „Appearance Matters: Tackling the Physical and Psychosocial Consequences of Dissatisfaction with Appearance"). Członek Zespołu Pedagogów Specjalnych przy Komitecie Nauk Pedagogicznych PAN i członek Zarządu Łódzkiego Towarzystwa Pedagogicznego.

Agnieszka Pisarska – doktor psychologii, adiunkt w Pracowni Profilaktyki Młodzieżowej „Pro-M", Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Realizator krajowych i międzynarodowych projektów badawczych poświęconych zachowaniom ryzykownym młodzieży, w tym problemowemu korzystaniu z Internetu, uprawianiu hazardu oraz niekontrolowanym zakupom. Autorka i współautorka publikacji naukowych i popularno-naukowych na temat wyżej wymienionej problematyki, a także profilaktyki oraz promocji zdrowia psychicznego. Członek Zespołu ds. Rekomendacji i Oceny Programów Profilaktyki i Promocji Zdrowia Psychicznego. Autorstwo publikacji z zakresu uzależnień behawioralnych:

Pisarska A., Ostaszewski K., Raduj J., Wójcik M. (2014). *Czynniki związane z hazardem, kompulsywnymi zakupami oraz nadużywaniem Internetu wśród młodzieży w wieku 12-19 lat. Raport z badań zrealizowanych w ramach programu Ministra Zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Ostaszewski K., Pisarska A. (2015). *Adolescent problematic Internet use: externalizing or internalizing behavior?* Poster presented at 6th International EUSPR Conference, Ljubljana, Slovenia, October 22-24, 2015.

Pisarska A., Ostaszewski K., (2015). *Substance and non-substance addictive behaviours among Warsaw students*, paper presented at 41th Annual Alcohol Epidemiology Symposium of the Kettil Bruun Society, Munich, June 1-5, 2015.

Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A., Raduj J., Biechowska D. (2013). *Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Jacek Pyżalski – doktor habilitowany pedagogiki, profesor Uniwersytetu A. Mickiewicza w Poznaniu i adiunkt Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi. Kierownik i wykonawca ponad 60 międzynarodowych i krajowych projektów badawczych dotyczących między innymi stresu zawodowego nauczycieli oraz zachowań ryzykownych uczniów (przemoc rówieśnicza, cyberprzemoc, dysfunkcjonalne wykorzystanie Internetu). Przedstawiciel Polski w sieciach naukowych Europejskiej Rady Nauki (COST IS 0801 „Cyberbullying: coping with negative and enhancing positive uses of new technologies, in relationships in educational settings i COST IS 1210 "Appearance Matters: Tackling the Physical and Psychosocial Consequences of Dissatisfaction with Appearance"). Autor i wykonawca wielu projektów szkoleniowych, przeznaczonych głównie dla nauczycieli.

Joanna Raduj – magister pedagogiki specjalnej, specjalista w Dziale Lecznictwa Odwykowego i Programów Medycznych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Realizatorka kilkunastu projektów badawczych dotyczących m.in. postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, jakości usług medycznych, promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki problemów behawioralnych wśród młodzieży oraz ewaluacji programów profilaktycznych. Autorka lub współautorka ponad 50 publikacji naukowych. Autorstwo publikacji z zakresu uzależnień behawioralnych:

Pisarska A., Ostaszewski K., Raduj J., Wójcik M. (2014). *Czynniki związane z hazardem, kompulsywnymi zakupami oraz nadużywaniem Internetu wśród młodzieży w wieku 12-19 lat. Raport z badań zrealizowanych w ramach programu Ministra Zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Ostaszewski K., Bobrowski K., Borucka A., Okulicz-Kozaryn K., Pisarska A., Raduj J., Biechowska D. (2013). *Monitorowanie zachowań ryzykownych i problemów zdrowia psychicznego młodzieży. Badania mokotowskie 2012*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Małgorzata Styśko-Kunkowska – doktor, adiunkt na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego; psycholog społeczny, wykładowca, praktyk oraz autorka publikacji naukowych i dydaktycznych, m.in. na temat badań jakościowych i postaw konsumenckich. Licencjonowany trener warsztatu Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Autorstwo publikacji z zakresu uzależnień behawioralnych:

Styśko-Kunkowska, M. Wąsowicz, G. (2014). *Uzależnienia od e-czynności wśród młodzieży: diagnoza i determinanty*. Niepublikowany raport z projektu finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Hazardowego.

Wąsowicz G., Styśko-Kunkowska M. (2014). *Młodzież w Internecie. Zagrożenie uzależnieniem. Podręcznik do Kwestionariusza MAWI*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

Grażyna Wąsowicz – doktor habilitowany nauk społecznych w zakresie psychologii, adiunkt na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, kierownik specjalizacji Psychologia Ekonomiczna na Wydziale Psychologii UW, kształcącej studentów w zakresie psychologicznych podstaw zachowań ekonomicznych i konsumenckich oraz metodologii badań marketingowych; współpracownik Instytutu Studiów Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego. Psycholog ekonomiczny specjalizujący się w badaniach kompetencji finansowych oraz zachowań konsumenckich. Autorka książek „Psychologia finansowa" i „Postawy wobec pieniędzy" oraz licznych artykułów naukowych poświęconych determinantom stosunku do pieniędzy i satysfakcji z życia, a także psychologicznym aspektom znakowania żywności informacjami o składnikach odżywczych (publikacje będące efektem udziału w międzynarodowym projekcie

badawczym, finansowanym ze środków Unii Europejskiej). Autorstwo publikacji z zakresu uzależnień behawioralnych:

Styśko-Kunkowska, M. Wąsowicz, G. (2014). *Uzależnienia od e-czynności wśród młodzieży: diagnoza i determinanty*. Niepublikowany raport z projektu finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Hazardowego.

Wąsowicz G., Styśko-Kunkowska M. (2014). *Młodzież w Internecie. Zagrożenie uzależnieniem. Podręcznik do Kwestionariusza MAWI*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

Magdalena Wójcik – magister pedagogiki, psychoterapeuta, członek Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Pracuje w Fundacji Pomocy Psychologicznej i Duchowej INIGO w Warszawie – m.in. z osobami doświadczającymi trudności o charakterze depresyjnym, lękowym, z zaburzeniami osobowości i uzależnieniami behawioralnymi. Od 2006 roku współpracuje z Pracownią "Pro-M" Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie jako realizator projektów badawczych z zakresu profilaktyki zachowań ryzykownych i promocji zdrowia psychicznego młodzieży. Autorka lub współautorka kilku publikacji naukowych. Autorstwo publikacji z zakresu uzależnień behawioralnych:

Pisarska A., Ostaszewski K., Raduj J., Wójcik M. (2014). *Czynniki związane z hazardem, kompulsywnymi zakupami oraz nadużywaniem Internetu wśród młodzieży w wieku 12-19 lat. Raport z badań zrealizowanych w ramach programu Ministra Zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Zespół w składzie: Dominik Rafa, Agnieszka Potasiewicz, Piotr Popik oraz Agnieszka Nikiforuk – są to osoby, które pracują w Zakładzie Badań Nowych Leków Instytutu Farmakologii PAN w Krakowie. Wykorzystując testy behawioralne badają m.in. procesy związane z pamięcią i podejmowaniem decyzji. Od kilku lat prowadzą badania nad szczurzym modelem hazardu, wykorzystując test symulacji gry na maszynie wrzutowej, które to badania zapoczątkowane zostały w ramach realizacji grantu „Badanie przydatności ligandów metabotropowych receptorów glutaminianergicznych w hamowaniu zachowań przypominających hazard w zwierzęcym modelu patologicznego hazardu" wspartego środkami Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych Ministra Zdrowia.

W drugiej dekadzie XXI wieku uzależnienia behawioralne stanowią coraz istotniejszy problem wśród współczesnych zagrożeń cywilizacyjnych. Problematyka ta, a szczególnie kwestie związane z patologicznym hazardem, staje się coraz częstszym przedmiotem debaty publicznej oraz badań naukowych. W Polsce dzięki utworzeniu Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych od 2010 roku nastąpiło wyraźne zwiększenie zainteresowania środowisk naukowych tymi zagadnieniami.

Publikacja „Hazard i inne uzależnia behawioralne: doniesienia z badań" pod redakcją profesor Iwony Niewiadomskiej zawiera interdyscyplinarny przegląd badań w większości współfinansowanych z tego Funduszu. Książka przeznaczona jest dla terapeutów, profilaktyków, badaczy z zakresu nauk społecznych, ale także innych osób zainteresowanych kwestią uzależnień czynnościowych. Daje tym samym możliwość do zapoznania się z rezultatami najnowszych prac badawczych licznego grona polskich specjalistów.





Wydanie publikacji współfinansowane ze środków
Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych
będących w dyspozycji Ministra Zdrowia

